



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

**EFEKTIFITAS PELATIHAN PENCEGAHAN PENGENDALIAN
INFEKSI TERHADAP PENGETAHUAN PERAWAT DI RSI IBNU
SINA PADANG TAHUN 2013**

TESIS



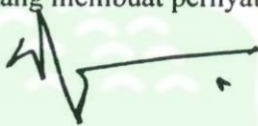
**WAWAN WAHYUDI
1121224014**

**PROGRAM STUDI S2 KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG 2013**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Dengan ini menyatakan bahwa tesis yang saya tulis dengan judul” Efektifitas Pelatihan Pencegahan Pengendalian Infeksi terhadap Pengetahuan Perawat di RSI Ibnu Sina Padang 2013” adalah hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan jiplakan dari hasil karya orang lain kecuali kutipan yang sumbernya dicantumkan.

Jika dikemudianhari pernyataan yang saya buat ini ternyata tidak betul, maka status kelulusan dan gelar saya peroleh menjadi batal dengan sendirinya.

	<p>Padang, Agustus 2013</p> <p>Yang membuat pernyataan,</p>  <p>Wawan wahyudi</p>

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN**

Tesis, Juni 2013

Wawan Wahyudi

Judul : Efektivitas Pelatihan Pencegahan Pengendalian Infeksi terhadap Pengetahuan Perawat di RSI Ibnu Sina Padang

xii + 123 hal + 17 tabel + 5 gambar + 5 lampiran

ABSTRAK

Penelitian kuasi eksperimen dengan *pre post test design with control group* ini bertujuan untuk mengetahui Efektivitas pelatihan pencegahan pengendalian infeksi terhadap pengetahuan perawat di RSI Ibnu Sina Padang. Kejadian infeksi nosokomial masih tinggi dan belum diimbangi dengan pemahaman bagaimana mencegah infeksi dan implementasi secara baik. Kedua rumah sakit tersebut belum pernah mengikut sertakan perawat dalam pelatihan pencegahan pengendalian infeksi. Hasil penelitian menunjukkan terjadi peningkatan bermakna ($p=0.001$) pada pengetahuan perawat setelah mendapat pelatihan pencegahan pengendalian infeksi pada kelompok intervensi ($n=36$) dibandingkan kelompok kontrol ($n=36$). Karakteristik individu yang meliputi, umur, lama kerja, status pernikahan dan Jabatan tidak bermakna secara signifikan terhadap pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi. RSI Ibnu Sina Padang dapat mengupayakan dan meningkatkan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi dengan melakukan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi secara berkelanjutan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat diterapkan di tatanan pelayanan keperawatan dalam rangka lebih meningkatkan pelaksanaan pencegahan pengendalian infeksi di RSI Ibnu Sina Padang, pada akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Kata kunci: Pelatihan, Pencegahan Pengendalian Infeksi, Pengetahuan dan Perawat.

Daftar Pustaka: 98 (1991-2013)

**POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING MAJORING NURSING
LEADERSHIP AND MANAGEMENT**

Thesis, June, 2013

Wawan Wahyudi

Title: The Effectiveness of Infection Prevention and Control Training to the Understanding of Nurse at Islamic Hospital Ibnu Sina of Padang

xii + 123 pages + 17 tables + 4 picture + 5 appendixes

ABSTRACT

The objective of the research was to know the effectiveness of Infection Prevention and Control training to the understanding of the nurse at RSI Ibnu Sina and Siti Rahmah Padang. The method used in the research was quasi experiment with pre posttest design with control group. Incidence of nosocomial infections was still high and has not been matched with an understanding of how to prevent infection and better implementation. Both of these hospitals have never been to involve nurses in the prevention of infection control training. From the research it was found out that there was meaningful improvement (p value 0.001) towards the understanding of nurse about Infection Prevention and Control (n=36) after they had Infection Prevention and Control training compared to control group (n=36). The individual characteristics of age, married, working period and level of occupation did not give significant influence to the understanding of the nurse about Infection Prevention and Control. RSI Ibnu Sina Padang can try to improve the understanding of nurse about Infection Prevention and Control by giving the Infection Prevention and Control continuously. The result of the research was expected to be applied in the system of nursing service in order to increase the supervision implementation at the hospital which later is hoped to improve the quality of nursing service.

Key words: Infection Prevention and Control, Training, Nurse, and the Understanding

Bibliography: 98 (1991-2013)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Efektifitas Pelatihan Pencegahan Pengendalian Infeksi Terhadap Pengetahuan Perawat di RSI Ibnu Sina dan Siti Rahmah Padang 2013”. Bantuan yang tak terhingga peneliti dapatkan dari berbagai pihak sehingga dalam kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Prof. Hj. Achir Yani S. Hamid DNSc. Selaku Pembimbing I yang dengan sabar telah memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan selama proses penyelesaian tesis ini
2. Ibu Harmawati, S.Kp., Mkep selaku Pembimbing II yang telah memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan dengan penuh kesabaran selama proses penyusunan tesis ini
3. Prof. Dr. Dachriyanus, Apt selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas
4. Bapak Dr. Zulkarnain Edwards, MS, PhD. Selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Keperawatan Universitas Andalas
5. Direktur dan jajaran pimpinan beserta staf keperawatan RSI Ibnu Sina dan Siti Rahmah Padang yang telah mengizinkan untuk melakukan penelitian serta membantu peneliti melalui dukungan kerjasama selama proses penelitian dilakukan

6. Seluruh staf pengajar Program Studi Pascasarjana Keperawatan Universitas Andalas
7. Staf non akademik Program Studi Pascasarjana Keperawatan Universitas Andalas yang telah membantu menyediakan fasilitas yang dibutuhkan peneliti
8. Seluruh keluarga atas dukungan yang luar biasa terutama istri tercinta, Mery Lingga Anggraini dan anak-anakku Hafid Maulana dan Naufal Dzakwan Azmi tersayang atas pengertian terhadap waktu dan tenaga yang terbagi selama peneliti menyusun tesis ini
9. Rekan-rekan seangkatan tahun 2011 terutama kekhususan kepemimpinan dan manajemen keperawatan yang selalu menguatkan, saling memberikan semangat dan dukungan terbaik.

Semoga Allah SWT berkenan membalas semua kebaikan yang peneliti terima dari berbagai pihak. Peneliti berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan di rumah sakit.

Padang, Juli 2013

peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I: PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	11
C. Tujuan Penelitian.....	13
D. Manfaat Penelitian.....	15
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA.....	16
A. Manajemen Keperawatan.....	16
B. Aspek Manajemen Kepala Ruangan	21
C. Organisasi Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi	28
D. Infeksi Nosokomial (HAIs).....	35
E. Kewaspadaan Standar.....	43
F. Pengetahuan dan Pelatihan.....	56
1. Pengetahuan.....	56

2. Pelatihan	59
G. Karakteristik Perawat.....	66
H. Kerangka Teori.....	70
BAB III: KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	72
A. Kerangka Konsep.....	72
B. Hipotesis.....	74
1. Hipotesis Mayor.....	74
2. Hipotesis Minor.....	74
C. Definisi Operasional.....	75
BAB IV : METODE PENELITIAN	78
A. Rancangan Penelitian.....	78
B. Populasi dan Sampel.....	80
C. Tempat Penelitian.....	84
D. Waktu Penelitian.....	85
E. Etika Penelitian.....	85
F. Alat Pengumpulan Data.....	87
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	89
H. Pengolahan Data dan Analisis Data.....	92
BAB V HASIL PENELITIAN	97
A. Kesetaraan Pengetahuan Perawat.....	97
B. Karakteristik Perawat	98
C. Pengetahuan Perawat.....	100
D. Hubungan Karakteristik Perawat dengan Pengetahuan.....	104
BAB VI PEMBAHASAN	106
A. Pengetahuan Pencegahan Pengendalian Infeksi Perawat.....	106
B. Keterbatasan Penelitian	117

C. Implikasi Penelitian	118
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....	120
A. Kesimpulan	120
B. Saran	121

DAFTAR PUSTAKA

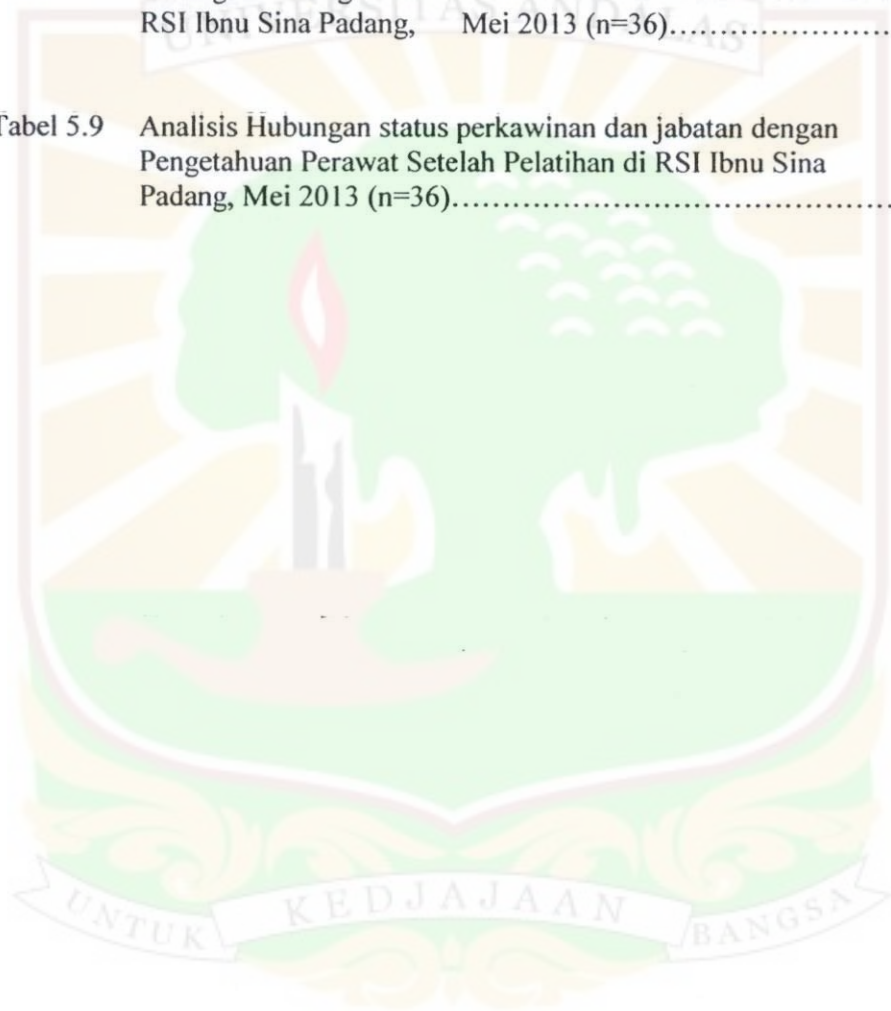
LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	77
Tabel 4.1	Jumlah Perawat Rawat Inap RSI Ibnu Sina Padang Tahun 2013.....	83
Tabel 4.2	Jumlah Perawat Rawat Inap RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2013.....	85
Tabel 4.4	Jumlah Populasi dan Sampel RSI Ibnu Sina Padang Tahun 2013.....	
Tabel 4.5	Jumlah Populasi dan Sampel RSI Siti Rahmah Tahun 2013.....	
Tabel 4.6	Hasil Validitas dan Reliabilitas Instrumen B.....	90
Tabel 4.7	Hasil Validitas dan Reliabilitas Instrumen C.....	90
Tabel 4.8	Rancangan Analisis Uji Statistik Bivariat.....	95
Tabel 5.1	Kesetaraan Variabel Pengetahuan Kelompok Eksperimen.....	97
Tabel 5.2	Analisis Umur dan Lama Bekerja Perawat pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol.....	98
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Perawat berdasarkan Status pernikahan dan Jabatan pada Kelompok Eksperimen (n=36) dan Kelompok Kontrol (n=36) bulan Mei 2013.....	100
Tabel 5.4	Analisis rata-rata Pengetahuan Perawat sebelum dan setelah Pelatihan pada Kelompok Eksperimen (n=36) bulan Mei 2013..	101
Tabel 5.5	Analisis rata-rata Pengetahuan Perawat Pre test dan Post test pada Kelompok Kontrol (n=36) bulan Mei 2013.....	101

Tabel 5.6	Analisis rata-rata Pengetahuan Perawat Sebelum Pelatihan pada Kelompok Eksperimen (n=36) dan Hasil Pre test Kelompok Kontrol (n=36) bulan Mei 2013.....	102
Tabel 5.7	Analisis Perbedaan Pengetahuan Perawat Setelah Pelatihan antara Kelompok Eksperimen (n=36) dan Kelompok Kontrol (n=36) bulan Mei 2013.....	103
Tabel 5.8	Analisis Hubungan Umur dan Lama Kerja dengan Pengetahuan Pencegahan Pengendalian Infeksi Perawat Setelah Pelatihan di RSI Ibnu Sina Padang, Mei 2013 (n=36).....	104
Tabel 5.9	Analisis Hubungan status perkawinan dan jabatan dengan Pengetahuan Perawat Setelah Pelatihan di RSI Ibnu Sina Padang, Mei 2013 (n=36).....	105



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Cuci Tangan Dengan Sabun dan Air	46
Gambar 2.2	Pemakaian Alat Pelindung	47
Gambar 2.3	Kerangka Teori	73
Gambar 3.1	Kerangka Konsep	75
Gambar 4.1	Desain Penelitian	81



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Penelitian

Lampiran 2 Modul Pelatihan Pencegahan Pengendalian Infeksi



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tuntutan terhadap rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang sudah ditentukan (Depkes, 2007).

Rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada perlu meeningkatkan pelayanannya khususnya dalam pencegahan dan pengendalian infeksi. Infeksi yang terjadi di pelayanan kesehatan menunjukkan baik tidaknya suatu pelayanan yang diberikan kepada pelanggan atau konsumen yang berhubungan erat dengan mutu yang diberikan. Pelayanan yang bermutu mengutamakan keselamatan pasien salah satunya yaitu terbebasnya pasien dari paparan infeksi yang ada di rumah sakit.

Centres for Disease Control and Prevention (CDC) (2013), dalam jurnal *Infection Prevention Society*, masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan pengunjung di rumah sakit dihadapkan pada resiko terjadinya infeksi atau infeksi nosokomial. Karena rumah sakit selain untuk mencari kesembuhan, juga merupakan depot bagi berbagai macam penyakit yang berasal dari pasien, peralatan, lingkungan, petugas maupun dari pengunjung yang berstatus karier.

Kuman penyakit tersebut dapat hidup dan berkembang di lingkungan rumah sakit, seperti; udara, air, lantai, makanan dan benda-benda medis maupun non medis yang dengan mudahnya mentransmisi ke pasien (nosokomial) sehingga akan menimbulkan banyak kerugian, antara lain : lama hari perawatan bertambah panjang, penderitaan bertambah, biaya meningkat (Harry, 2006).

Sumber penularan dan cara penularan terutama melalui tangan dan dari petugas kesehatan maupun personil kesehatan lainnya, jarum injeksi, kateter intra vena, kateter urin, kasa pembalut atau perban, dan cara yang keliru dalam menangani luka. Infeksi nosokomial ini pun tidak hanya mengenai pasien saja, tetapi juga dapat mengenai seluruh personil rumah sakit yang berhubungan langsung dengan pasien maupun penunggu dan para pengunjung pasien (Harry, 2006).

Menurut Al Varado (2000), bahwa angka infeksi nosokomial terus meningkat mencapai sekitar 9 % (variasi 3-21%) atau lebih dari 1,4 juta pasien rawat inap di rumah sakit seluruh dunia. CDC (2011), dalam jurnal *Healthcare-Associated Infections (HAIs) in the U.S* yang meramalkan bahwa satu dari dua puluh puluh pasien rawat inap akan terinfeksi *HAI (Hospital-Acquired Infection)*. Diperkuat penelitian yang dilakukan oleh WHO (2012), serta pendapat Dewan Penasehat Aliansi Dunia untuk keselamatan pasien , infeksi nosokomial sekitar 8,7% dari 55 rumah sakit dari 14 negara yang berasal dari Eropa, Timur Tengah, dan Pasifik sedangkan Asia Tenggara sebanyak 10% sehingga menyebabkan 1,5 juta kematian setiap hari diseluruh dunia.

Kejadian infeksi nosokomial di Indonesia pada jenis / tipe rumah sakit sangat beragam. Penelitian yang dilakukan oleh Depkes RI pada tahun 2007 diperoleh

data proporsi kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit pemerintah dengan jumlah pasien 1.527 orang dari jumlah pasien beresiko 160.417 (55,1%), sedangkan untuk rumah sakit swasta dengan jumlah pasien 991 pasien dari jumlah pasien beresiko 130.047 (35,7%). Untuk rumah sakit ABRI dengan jumlah pasien 254 pasien dari jumlah pasien beresiko 1.672 (9,1%) (Depkes RI 2007).

Tingginya angka kejadian infeksi nosokomial mengindikasikan rendahnya kualitas mutu pelayanan kesehatan. Angka kejadian infeksi nosokomial telah dijadikan tolak ukur mutu pelayanan rumah sakit di Indonesia. Menurut Robert Imam Sutedja, Ketua Komite Umum dan Humas PERSI (KARS, 2012) 'Izin rumah sakit dapat dicabut apabila angka kejadian infeksi tersebut tinggi'.

Kejadian infeksi nosokomial belum diimbangi dengan pemahaman tentang bagaimana mencegah infeksi nosokomial dan implementasi secara baik. Kondisi ini memungkinkan angka nosokomial di rumah sakit cenderung meningkat. Salah satu strategi yang memungkinkan dilakukan yaitu dengan pemahaman yang baik tentang cara-cara penyebaran infeksi terjadi di rumah sakit. (Schaffer, Garzon, Heroux, & Korniewicz, 2000).

Infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dapat ditekan dengan penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), yaitu kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi (Kemenkes, 2009).

Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit (PPIRS) sangat penting karena menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit. Apalagi akhir-akhir ini

muncul berbagai penyakit infeksi baru (*new emerging, emerging diseases* dan *re-emerging diseases*) (Depkes RI 2007).

Berdasarkan hasil survei yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI bersama *World Health Organization* (WHO) ke rumah sakit-rumah sakit di Propinsi / Kabupaten / Kota disimpulkan bahwa Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (KPPIRS) selama ini belum berfungsi optimal sebagaimana yang diharapkan. Penelitian juga menunjukkan bahwa anggota Komite belum memahami dengan baik tugas, kewenangan, serta tanggung jawab yang harus dilaksanakan dalam lingkup pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit (Depkes, 2009).

Menurut Menteri Kesehatan (Menkes) RI (2012), pemerintah telah memasukkan indikator pencegahan dan pengendalian infeksi ke dalam standar pelayanan minimal (SPM) dan bagian dari penilaian akreditasi versi 2012 yang diamanatkan Permenkes No. 02 tahun 2012 tentang standar rumah sakit kelompok sasaran keselamatan pasien pada sasaran ke 5 (lima) yaitu pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. Ini menunjukkan komitmen yang kuat bagi pemerintah agar setiap rumah sakit dapat menjalankan program pencegahan dan pengendalian infeksi. Selama ini penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi di RS dan pelayanan kesehatan lain masih jauh dari harapan. Kegiatan sosialisasi perlu dilakukan agar mendapat komitmen dari direktur rumah sakit sampai tingkat *low manager* dan staf.

Menurut Nugraha (2004), masalah infeksi nosokomial menjadi semakin jelas, perlu dicari kebijakan baru untuk menguranginya, salah satunya adalah dengan

penerapan kewaspadaan standar. Dipertegas lagi oleh Menkes yang memerintahkan direktur RS supaya meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas pelayanan kesehatan dalam melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi. Strategi yang digunakan adalah peningkatan kemampuan petugas kesehatan dengan metode *Standar Precautions* / Kewaspadaan Standar yang diterapkan pada semua orang (pasien, petugas atau pengunjung) yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan tanpa menghiraukan mereka terinfeksi atau tidak serta kewaspadaan berdasarkan penularan yang diperuntukkan bagi pasien rawat inap dengan menunjukkan gejala, terinfeksi dengan kuman yang bersifat pathogen.

Upaya pencegahan infeksi di rumah sakit melibatkan berbagai unsur, mulai dari peran pemimpin sampai petugas kesehatan sendiri. Peran pemimpin adalah penyediaan sistem, sarana dan pendukung lainnya. Peran petugas adalah sebagai pelaksana langsung dan upaya pencegahan infeksi, agar upaya pencegahan infeksi ini dapat dilaksanakan (Anwar, 2005).

Pedoman manajerial pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya mengacu kepada pedoman PPI yang dikeluarkan oleh Departemen kesehatan RI. Kelancaran kegiatan PPIRS dalam pedoman tersebut menyatakan bahwa setiap rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya wajib memiliki *IPCN* (*Infection Prevention and Control Nurse*) purna waktu. Mempunyai fungsi dan kewenangan yang jelas sesuai dengan pedoman manajerial PPI (Depkes, 2007).

WHO (2002) dalam jurnal *Prevention of Hospital-Acquired Infection* menyatakan bahwa kepala ruangan bertanggung jawab untuk ; (1) berpartisipasi dalam komite pengendalian infeksi, (2) mempromosikan pengembangan dan peningkatan teknik keperawatan yang berkaitan dengan pengendalian infeksi nosokomial, dan pengawasan teknik aseptik yang dilakukan oleh perawat dengan persetujuan Komite Pengendalian Infeksi, (3) mengembangkan pelatihan program bagi setiap perawat, (4) mengawasi pelaksanaan teknik pencegahan infeksi di daerah khusus seperti ruang operasi, ruang perawatan intensif, ruang persalinan, dan ruang bayi baru lahir, (5) pemantauan kepatuhan perawat terhadap kebijakan yang dibuat oleh kepala ruangan.

Salah satu program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) adalah pendidikan dan pelatihan disamping adanya kegiatan lain seperti surveilans dan kebijakan penggunaan antimikroba yang rasional. Pendidikan dan pelatihan merupakan indikator kunci dapat berlangsungnya kegiatan surveilans dan penggunaan antimikroba. Pengimplementasian pendidikan dan pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan perawat dalam mengendalikan infeksi (Kemenkes, 2011).

Pengetahuan tentang pencegahan pengendalian infeksi dan kemampuan leadership perawat yang berperan sebagai *IPCLN (Infection Prevention and Control Link Nurse)* dapat diperoleh melalui pendidikan formal maupun pendidikan informal dan salah satunya adalah melalui pelatihan. Pelatihan pencegahan pengendalian infeksi adalah pendidikan tambahan untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan pencegahan pengendalian infeksi yang diberikan kepada perawat. Sehingga dapat menerapkan pencegahan

pengendalian infeksi serta dapat melindungi tenaga kesehatan dan masyarakat dari penularan penyakit yang mungkin timbul (PPIRS, 2007).

Pelatihan menurut Notoatmodjo (2003), adalah merupakan salah satu bentuk proses pendidikan orang dewasa yang dimaksudkan untuk memperoleh pengalaman yang akhirnya akan menyebabkan terjadinya peningkatan pengetahuan. Sedangkan tujuan dari pelatihan menurut As'ad (2003), yaitu untuk meningkatkan produktivitas kerja, meningkatkan mutu kerja, meningkatkan ketepatan dalam perencanaan sumber daya manusia khususnya tenaga perawat, meningkatkan moral kerja, menjaga keselamatan kerja dan menunjang pengembangan seseorang untuk meningkatkan kematangan kepribadian, meningkatkan kemampuan intelektual dan ketrampilan. *Journal of Information & Knowledge Management* (2012), menyatakan bahwa pengetahuan salah satu cara yang efektif untuk meningkatkan keselamatan pasien terhadap infeksi.

Hasil penelitian lain yang menunjang dan berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian Infeksi yaitu penelitian Dewi Maryam (2009) di Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo Surabaya menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara penerapan tindakan keselamatan pasien terhadap infeksi oleh perawat pelaksana. Parhusip (2005) di Rumah Sakit Umum Dr. Pirngadi Medan menunjukkan bahwa pengendalian infeksi nosokomial, pada hakikatnya ditujukan pada tindakan pencegahan. Hasil Penelitian Nilasari (2010) di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta menyatakan bahwa ada pengaruh yang bermakna antara pengaruh pelatihan tentang *patient safety* terhadap peningkatan pengetahuan dan

keterampilan perawat klinik pada penerapan pencegahan infeksi untuk *patient safety* di Irna C RSUP Fatmawati. *Group PPI* (Kewaspadaan standar) sangat penting dalam pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan sarana kesehatan sebagai tempat pelayanan kesehatan, disamping sebagai tolak ukur mutu pelayanan juga untuk melindungi pasien, petugas rumah sakit, pengunjung dan keluarganya pasien dari resiko tertularnya infeksi karena dirawat, bertugas atau berkunjung ke suatu rumah sakit atau sarana kesehatan lainnya.

Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Padang merupakan salah satu dari 6 (enam) Rumah Sakit dibawah naungan Yayasan Rumah Sakit Islam (YARSI) Sumatera Barat. Kegiatan untuk meningkatkan pelayanan yang berorientasi pada *customer satisfaction* salah satunya pasien *Safety*, pada tanggal 29 Oktober 2007 RSI "Ibnu Sina" Padang dengan tipe madya terdaftar sebagai ***rumah sakit terakreditasi penuh tingkat dasar*** dengan keputusan Menkes RI No. YM.01.10/III/1149/2007. Tahun 2013 dalam persiapan akreditasi KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) standarnya mengacu kepada standar *International* (Data Mutu Pelayanan RSI Ibnu Sina Padang, 2011-2012).

Rumah Sakit Islam "Ibnu Sina" Padang telah menyediakan beberapa fasilitas yang memadai guna menunjang pelayanan kepada masyarakat dan perusahaan langganan pada khususnya. Pelayanan kesehatan pada RSI Ibnu Sina Padang terdiri dari pelayanan rawat jalan, empat ruang rawat inap (Ruang Zamzam, Syafa, Marwa dan Arafah), Ruang Bersalin, Perinatologi, Kamar Operasi, UGD dan poliklinik serta didukung oleh penunjang medis lainnya (RSI Ibnu Sina, 2013).

Pada tanggal 30 November 2007 telah dioperasikan gedung baru Zamzam untuk VIP Khusus dengan kapasitas 4 tempat tidur, kemudian pada tanggal 28 November 2009 dioperasikan penambahan ruangan VIP khusus dengan kapasitas 5 tempat tidur dan kelas IA dengan kapasitas 10 tempat tidur, sehingga sampai sekarang kapasitas ruang rawat inap menjadi 93 tempat tidur dan jumlah perawat saat ini 99 orang.

Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Padang memiliki banyak persaingan dengan rumah sakit lainnya yang ada di kota Padang. Rumah sakit ini cukup besar dan merupakan rumah sakit yang menjadi pilihan bagi perusahaan-perusahaan dalam pelayanan kesehatan. Karena banyaknya persaingan dan kepercayaan perusahaan untuk memilih rumah sakit ini, maka menjadi faktor pendorong bagi RSI Ibnu Sina Padang untuk terus meningkatkan mutu baik dari segi pelayanan, peralatan dan fasilitas, serta sumber daya manusia yang ada di RSI Ibnu Sina Padang.

Peningkatan dan penurunan pelayanan RSI Ibnu Sina Padang dilihat dari *BOR* (*Bed Occupancy Rate*) pada tahun 2012 yaitu 75.35% mengalami penurunan sebesar 3.97% jika dibandingkan pada *BOR* tahun 2011 yaitu 79.32%, namun masih dalam standar nasional yaitu 75-80%, *ALOS* (*Average Length of Stay*) 4,99 hari, *BTO* (*Bed Turn Over*) 1,8 hari. Dilihat dari angka infeksi nosokomial rumah sakit tahun 2011 dan 2012 didapat tingginya angka dekubitus dan flebitis yaitu 10% sedangkan standar nasional hanya 1-2%. (Data Mutu Pelayanan RSI Ibnu Sina Padang, 2011-2012). Menurut penulis hal ini menunjukkan menurunnya mutu pelayanan yang diberikan praktisi kesehatan, salah satunya akibat ketidaktahuan

dan ketidakpatuhan dalam menerapkan kewaspadaan standar untuk mencegah dan mengendalikan infeksi di rumah sakit.

Hasil wawancara yang dilakukan peneliti mengenai pendidikan berkelanjutan dengan Kepala Bidang Keperawatan RSI Ibnu Sina Padang pada Februari 2013 diperoleh informasi bahwa pendidikan berkelanjutan terutama pelatihan pencegahan dan pengendalian Infeksi (Kewaspadaan Standar) bagi kepala ruangan dan katim serta staf belum pernah dilaksanakan. Belum adanya pelatihan disebabkan oleh dana yang terbatas sehingga kepala ruangan dan katim dalam memberikan bimbingan dan arahan kepada staf mengenai PPI belum menggunakan metode terbaru.

Hasil observasi yang dilakukan peneliti pada Februari 2013 di salah satu ruang rawat inap didapatkan data bahwa katim dalam bekerja terlihat mengabaikan kewaspadaan standar, Katim tersebut ketika timbang terima tidak mencuci tangan atau menggunakan *handrub* alkohol setelah kontak dengan setiap pasien demikian juga dalam penggunaan sarung tangan tidak mengganti sarung tangan setelah kontak antar pasien.

Hasil wawancara peneliti yang dilakukan pada Februari 2013 dengan salah satu kepala ruangan tentang kegiatan *medical check up*, program imunisasi karyawan. Bahwa selama ini belum pernah dilakukan *medical check up* rutin kepada staf begitu juga pemberian vaksin kepada petugas sama sekali belum pernah dilakukan. Kepala ruangan juga mengakui bahwa selama ini jika petugas mengalami gejala demam atau gangguan pernafasan belum pernah dievaluasi untuk memastikan agen penyebabnya, yang dilakukan hanya sebatas

anjuran agar segera berobat, tindakan dipindahtugaskan sementara bagi petugas yang sakit dari kontak dengan pasien langsung juga belum pernah dilakukan.

Rumah sakit dituntut dapat memberikan pelayanan bermutu, efektif dan efisien untuk menjamin pasien terhindar dari infeksi yang telah menjadi program Kementerian Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Kondisi tersebut mengharuskan kepala ruangan dan katim sebagai manajer yang bertanggung jawab langsung terhadap perawat pelaksana melaksanakan fungsi manajerial yaitu bimbingan dan pengarahan. Kewaspadaan standar / PPI yang diterapkan akan dapat mengoptimalkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Pemberian asuhan keperawatan yang optimal diharapkan dapat meningkatkan keselamatan pasien dari infeksi, penjaminan atas hak pasien dan menciptakan harapan konsumen akan kepuasan dalam memperoleh pelayanan keperawatan selama di rumah sakit (CDC, 2012).

B. Rumusan Masalah

Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan yang saat ini makin berkembang seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dilain pihak rumah sakit dihadapi tantangan yang makin besar dan dituntut agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, akuntabel dan transparan kepada masyarakat, khususnya bagi jaminan keselamatan pasien.

Selama ini penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi di RS dan pelayanan kesehatan lain masih jauh dari harapan. Untuk itu, perlu sosialisasi untuk mendapatkan komitmen dari Direktur rumah sakit sampai tingkat *low manager*

dan staf. Sehingga pencapaian yang diraih secara optimal dan terpadu untuk melindungi tenaga kesehatan, pasien dan pengunjung.

Tindakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Kewaspadaan Standar) merupakan salah satu tindakan dalam melakukan pekerjaan pelayanan keperawatan yang perlu dipahami oleh perawat. Pemahaman yang baik tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Kewaspadaan Standar) diharapkan dapat mengendalikan infeksi. Perawat dapat menerapkan tindakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Kewaspadaan Standar) pada pasien, bila mereka tersebut memahami pekerjaan yang akan dilakukan.

Keselamatan pasien dan petugas belum menjadi fokus utama di RSI Ibnu Sina Padang apabila yang digambarkan dari hasil survey yaitu katim dan perawat pelaksana ketika timbang terima tidak mencuci tangan atau menggunakan *handrub* alkohol setelah kontak dengan setiap pasien demikian juga dalam penggunaan sarung tangan tidak mengganti sarung tangan setelah kontak antar pasien, belum pernah dilakukan *medical check up* rutin kepada staf serta pemberian vaksin kepada petugas sama sekali belum pernah dilakukan.

Perawat dalam menerapkan pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar) belum optimal, kepala ruangan dan katim serta staf belum pernah mendapatkan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar), standar pencegahan pengendalian infeksi belum sesuai dengan standar minimal pencegahan pengendalian infeksi ditetapkan. Kondisi ini berpotensi buruk terhadap mutu RSI Ibnu Sina Padang. RSI Ibnu Sina Padang perlu untuk memperbaiki kualitas pencegahan pengendalian infeksi yang merupakan salah

satu indikator akreditasi yang sedang dipersiapkan oleh rumah sakit dan juga sesuai dengan tujuan organisasi rumah sakit yaitu *Customer Satisfaction* salah satunya *Pasien Safety*.

Salah satu cara untuk meningkatkan PPI (kewaspadaan Standar) adalah dengan pemberian pelatihan. Pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi dapat diberikan diantaranya adalah pelatihan kewaspadaan standar yang merupakan *group* pencegahan pengendalian infeksi itu sendiri. Peningkatan pengetahuan perawat terhadap pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar) diharapkan meningkatkan motivasi perawat untuk menerapkannya pada pasien, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan yang tergambar dari terbebasnya pasien dari infeksi.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui efektifitas pelatihan pencegahan pengendalian infeksi terhadap pengetahuan, sehingga rumusan masalahnya adalah “ Apakah ada efektifitas pelatihan pencegahan pengendalian infeksi terhadap pengetahuan perawat tentang pelaksanaan pencegahan pengendalian infeksi di RSI Ibnu Sina dan Siti Rahmah Padang tahun 2013 ?”.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini dibagi dua, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus.

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi terhadap pengetahuan perawat dalam menerapkan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSI Ibnu Sina Padang tahun 2013.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk:

- a. Mengidentifikasi karakteristik perawat (umur, lama kerja, status pernikahan dan jabatan).
- b. Menguraikan pengetahuan perawat pada kelompok eksperimen tentang pencegahan pengendalian infeksi sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan tentang pencegahan pengendalian infeksi di RSI Ibnu Sina Padang 2013.
- c. Menguraikan pengetahuan perawat pada kelompok kontrol tentang pencegahan pengendalian infeksi sebelum dan setelah pelatihan dilakukan pada kelompok eksperimen di RSI Ibnu Sina Padang 2013.
- d. Menguraikan Perbedaan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi sebelum mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol.
- e. Menguraikan Perbedaan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi setelah mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol.
- f. Menguraikan hubungan karakteristik perawat (umur, status pernikahan, lama kerja dan jabatan) terhadap pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

- a. Hasil penelitian dapat dipergunakan sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan melalui penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien
- b. Hasil penelitian dapat dipergunakan sebagai masukan untuk memperbaiki pelayanan keperawatan dengan membuat standar pencegahan dan pengendalian infeksi pada pasien, khususnya standar penerapan pencegahan pengendalian infeksi pada pasien dalam upaya meningkatkan mutu untuk memenuhi keselamatan pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan di RSI Ibnu Sina Padang.
- c. Hasil penelitian dapat dipergunakan sebagai masukan untuk membuat program pengembangan pencegahan pengendalian infeksi dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan rumah sakit Ibnu Sina Padang.

2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian dapat memperkaya wawasan ilmu keperawatan khususnya yang terkait dengan penerapan pencegahan pengendalian infeksi, peningkatan mutu dan keselamatan pasien .

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian dapat menjadi data masukan bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian yang terkait dengan pencegahan pengendalian infeksi, peningkatan mutu dan keselamatan pasien

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas teori-teori yang berkaitan dengan manajemen keperawatan dan variabel yang diteliti yaitu Organisasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Infeksi Nosokomial (*HAIs*), *Group* Pencegahan Pengendalian Infeksi (Kewaspadaan Standar), pengetahuan, dan pelatihan bagi perawat. Pembahasan teori-teori tersebut diperlukan sebagai dasar teori pada penelitian ini.

A. Manajemen Keperawatan

Manajemen merupakan suatu kegiatan yang sangat kompleks namun teratur, sehingga apabila manajemen dilaksanakan dengan baik akan mencapai hasil kegiatan yang maksimal. Manajemen didefinisikan sebagai proses menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain untuk mencapai tujuan organisasi dalam suatu lingkungan yang berubah, termasuk manajemen keperawatan (Arwani & Supriyatno, 2006). Manajemen keperawatan secara singkat diartikan sebagai proses pelaksanaan pelayanan keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan. (Gillies, 2000).

Fungsi-fungsi manajemen antara lain perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian.

1. *Planning* (Perencanaan)

Perencanaan merupakan hal yang utama dari serangkaian fungsi dan aktivitas manajemen. Perencanaan meliputi penentuan filosofi, tujuan umum, tujuan khusus, kebijakan, prosedur, dan peraturan, termasuk mengelola

perubahan terencana seperti perencanaan pendidikan dan pelatihan bagi perawat (Marquis & Huston, 2003).

2. *Organizing* (Pengorganisasian)

Pengorganisasian adalah memobilisasi kebutuhan manusia dan peralatan dari institusi untuk mencapai tujuan organisasi (Hubber, 2006). Swansburg (2000) pengorganisasian adalah pengelompokan aktivitas-aktivitas untuk mencapai tujuan obyektif, penugasan suatu kelompok manager dengan otoritas pengawasan setiap kelompok dan menentukan cara dari pengkoordinasian aktivitas yang tepat dengan unit lainnya, baik secara vertikal maupun horizontal yang bertanggung jawab untuk mencapai obyektif organisasi.

3. *Actuating* (Pelaksanaan / Penggerakan)

Setelah adanya perencanaan dan pengorganisasian, maka masuk pada fase pelaksanaan/penggerakan dalam rangka menyelesaikan tugas demi tercapainya tujuan bersama. Pelaksanaan/penggerakan ialah suatu fungsi penggerakan dari pimpinan serta penggerakan orang-orang agar orang-orang atau kelompok orang-orang itu suka dan mau bekerja. Berdasarkan pengertian tersebut, jelaslah bahwa fungsi pelaksanaan sangat penting sebab walaupun perencanaan telah rapi dan pengorganisasian telah tertib sesuai dengan prinsip-prinsipnya masing-masing namun belumlah terjamin organisasi itu bergerak kearah yang ditentukan jika fungsi yang ke 3 belum dilaksanakan.

Simbolon (2004) menjelaskan pada fungsi pelaksanaan manajer memiliki deskripsi pekerjaan sebagai berikut:

- a. Memberitahu dan menjelaskan tujuan kepada para bawahan
- b. Mengelola dan mengajak para bawahan untuk bekerja semaksimal mungkin
- c. Membimbing bawahan untuk mencapai standar operasional (pelaksanaan)
- d. Mengembangkan bawahan guna merealisasikan kemungkinan sepenuhnya
- e. Memberikan orang hak untuk mendengarkan
- f. Memuji dan memberikan sanksi secara adil
- g. Memberi hadiah melalui penghargaan dan pembayaran untuk pekerjaan yang diselesaikan dengan baik
- h. Memperbaiki usaha pergerakan dipandang dari sudut hasil pengendalian

4. *Controlling* (pengendalian/pengawasan).

Pengawasan ialah suatu proses yang dilaksanakan oleh pimpinan untuk mengetahui hasil pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan dengan membandingkan kesesuaian hasil tersebut dengan rencana, perintah, tujuan dan kebijakan yang telah ditentukan. Walaupun rencana yang baik sudah ada kemudian dapat diatur dan digerakkan, tetapi belum menjamin bahwa tujuan akan tercapai dengan sendirinya, masih harus ada kendali (control). Hal ini untuk menilai ketepatan penempatan orang-orangnya (*the right man in the right place*), kesesuaian waktu dan cara pengerjaan, sehingga kalau terdapat kesalahan-kesalahan secepat mungkin akan dilakukan perbaikan dengan segera agar tujuan dapat tercapai.

Menjalankan tugas pengendalian (*controlling*) ini memang berat, karena tidak setiap orang mengerti tentang fungsi pengawasan atau pengendalian sehingga bila ada orang yang menjalankan fungsi tadi secara konsekuen seringkali dibenci dan dimusuhi (Simbolon, 2004).

Simbolon (2004) menjelaskan peran manajer pada fungsi pengendalian sebagai berikut:

- a. Membandingkan hasil dengan rencana pada umumnya
- b. Menilai hasil dengan standar hasil pelaksanaan
- c. Menciptakan alat yang efektif untuk mengukur pelaksanaan
- d. Memberitahukan alat pengukur
- e. Memudahkan data yang detail dalam bentuk yang menunjukkan perbandingan dan pertentangan
- f. Mengajukan tindakan perbaikan apabila dibutuhkan
- g. Memberitahukan anggota tentang interpretasi yang bertanggung jawab
- h. Menyesuaikan pengendalian dengan hasil.

Berdasarkan penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa pengawasan berfungsi untuk mencegah atau memperbaiki kesalahan, penyimpangan, ketidaksesuaian, dan lainnya yang tidak sesuai dengan tugas dan wewenang yang telah ditentukan. Jadi fungsi pengawasan bukan mencari kesalahan terhadap orangnya tetapi mencari kebenaran dari hasil pelaksanaan pekerjaan.

Meskipun keempat fungsi manajemen tersebut terpisah satu sama lain tetapi sebagai sebuah proses, keempatnya merupakan suatu rangkaian kegiatan yang berhubungan satu sama lain. Pada kesempatan tertentu, salah satu atau

beberapa fungsi manajemen akan lebih menonjol dari fungsi manajemen lainnya. Akan tetapi dalam proses pencapaian tujuan organisasi semua fungsi manajemen mempunyai peranan yang sama pentingnya (Muninjaya, 2006). Sesuai dengan uraian tersebut berarti manajer adalah seorang yang bertindak sebagai perencana, pengorganisasi, pengarah, pemotivasi, serta pengendali orang dan mekanisme kerja untuk mencapai tujuan.

Manajemen keperawatan adalah proses kerja sama melalui personel perawat untuk menyediakan asuhan, terapi, dan kenyamanan bagi kelompok pasien. Aktivitas manajemen mencakup perencanaan, pengorganisasian, pengarah dan pengawasan terhadap kesediaan finansial, material dan sumber daya manusia sehingga asuhan sekelompok pasien menjadi efektif dan efisien (Depkes, 2010). Swanburg (2000) menyatakan manajemen dalam keperawatan berhubungan dengan perencanaan (planning), pengorganisasian (organizing), pengaturan staf (staffing), kepemimpinan (leading) dan pengendalian (controlling). Seorang manajer perawat melaksanakan fungsi-fungsi ini untuk memberikan pelayanan kesehatan pada pasien. Perawat manajer bekerja pada semua tingkat manajemen untuk melaksanakan konsep-konsep, prinsip-prinsip dan teori-teori manajemen keperawatan. Manajer mengatur lingkungan organisasi untuk menciptakan suasana optimal bagi persyaratan pengawasan keperawatan perawat klinis (Swanburg, 2000).

Marquis & Huston (2007) mengatakan bahwa manajemen keperawatan merupakan rangkaian fungsi dan aktivitas yang secara simultan saling berhubungan sebagai suatu proses untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi

pelayanan keperawatan yang berkualitas pada pasien yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, kepersonaliaan, pengarahan dan pengendalian.

B. Aspek Manajemen Kepala Ruangan dan Perawat

1. Kepala Ruangan

a. Pengertian.

Kepala Ruangan adalah seorang tenaga keperawatan profesional yang diberikan tanggung jawab serta kewenangan dalam mengelola/mengatur kegiatan pelayanan keperawatan di ruang rawat (Depkes, 1999).

b. Persyaratan Kepala Ruangan.

Berdasarkan Depkes (1999), syarat menjadi kepala ruangan yaitu ; pendidikan minimal Ahli Madya Keperawatan/Kebidanan, pernah mengikuti kursus/pelatihan manajemen pelayanan keperawatan ruang/bangsal, memiliki pengalaman kerja sebagai perawat pelaksana 3 – 5 tahun, serta sehat jasmani dan rohani. Persyaratan sebagai kepala ruangan memberikan gambaran kepada kita bahwa jabatan kepala ruangan diberikan bukan berdasarkan kesenioran tetapi lebih pada kemampuan seseorang dalam mencapai tujuan melalui orang lain.

c. Tanggung jawab Kepala Ruangan.

Kepala ruangan dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada kepala instalasi perawatan/ kepala instalasi terhadap hal-hal seperti kebenaran dan ketepatan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan program pengembangan pelayanan keperawatan, menilai kinerja tenaga keperawatan secara obyektif dan benar, melakukan kegiatan orientasi bagi perawat baru, memastikan kebenaran dan ketepatan protap/SOP pelayanan serta laporan berkala pelaksanaan

pelayanan keperawatan, kebenaran dan ketepatan kebutuhan dan penggunaan alat, kebenaran dan ketepatan pelaksanaan program bimbingan siswa/mahasiswa institusi pendidikan keperawatan (Depkes, 1999).

d. Wewenang Kepala Ruangan

Dalam menjalankan tugasnya, kepala ruangan mempunyai wewenang sebagai berikut : meminta informasi dan pengarahan kepada atasan, memberi petunjuk dan bimbingan pelaksanaan tugas staf keperawatan, mengawasi, mengendalikan dan menilai pendayagunaan tenaga keperawatan, peralatan dan mutu asuhan keperawatan di ruang rawat, menanda tangani surat dan dokumen yang ditetapkan menjadi wewenang kepala ruangan, menghadiri rapat berkala dengan kepala instalasi/kasi/kepala rumah sakit untuk kelancaran pelaksanaan pelayanan keperawatan (Depkes, 1999).

e. Uraian Tugas Kepala Ruangan

Berdasarkan Depkes (1999), uraian tugas kepala ruangan adalah :

- 1) Melaksanakan fungsi perencanaan (P1), meliputi : Menyusun rencana kerja kepala ruangan, berperan serta menyusun falsafah dan tujuan pelayanan keperawatan di ruang rawat yang bersangkutan, menyusun rencana kebutuhan tenaga keperawatan dari segi jumlah maupun kualifikasi untuk di ruang rawat, koordinasi dengan kepala perawat instalasi/kepala instalasi.
- 2) Melaksanakan Fungsi Penggerakan dan Pelaksanaan (P2), meliputi :
 - a) Mengatur dan mengkoordinasikan seluruh kegiatan pelayanan di ruang rawat, melalui kerja sama dengan petugas lain yang bertugas di ruang rawatnya.

- b) Menyusun jadwal/daftar dinas tenaga keperawatan dan tenaga lain, sesuai kebutuhan pelayanan dan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
- c) Melaksanakan orientasi kepada tenaga perawatan baru atau tenaga lain yang akan bekerja di ruang rawat.
- d) Memberikan orientasi kepada siswa/mahasiswa keperawatan atau yang menggunakan ruang rawatnya sebagai lahan praktek.
- e) Memberi orientasi kepada pasien/keluarganya meliputi :
penjelasan tentang peraturan rumah sakit, tata tertib ruang rawat, fasilitas yang ada dan cara penggunaannya serta kegiatan rutin sehari-hari.
- f) Membimbing tenaga keperawatan untuk melaksanakan pelayanan/asuhan keperawatan sesuai standar.
- g) Mengadakan pertemuan berkala/sewaktu-waktu dengan staf keperawatan dan petugas lain yang bertugas di ruang rawatnya.
- h) Memberi kesempatan/ijin kepada staf keperawatan untuk mengikuti kegiatan ilmiah/penataran dengan koordinasi kepala instalasi/kepala bidang keperawatan.
- i) Mengupayakan pengadaan peralatan dan obat-obatan sesuai kebutuhan berdasarkan ketentuan/kebijakan rumah sakit.
- j) Mengatur dan mengkoordinasikan pemeliharaan alat agar selalu dalam keadaan siap pakai.
- k) Mendampingi visite dokter dan mencatat instruksi dokter, khususnya bila ada perubahan program pengobatan pasien.

- l) Mengolompokkan pasien dan mengatur penempatannya diruang rawat menurut tingkat kegawatan, infeksi/non infeksi, untuk kelancaran pemberian asuhan keperawatan.
- m) Mengendalikan kualitas sistem pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan dan kegiatan lain secara tepat dan benar. Hal ini penting untuk tindakan keperawatan.
- n) Memberi motivasi kepada petugas dalam memelihara kebersihan lingkungan ruang rawat.
- o) Meneliti pengisian formulir pengisian sensus harian pasien diruang rawat.
- p) Meneliti/memeriksa pengisian daftar permintaan makanan pasien berdasarkan macam dan jenis makanan pasien.
- q) Meneliti/memeriksa ulang pada saat penyajian makanan pasien sesuai dengan program dietnya.
- r) Menyimpan berkas catatan medik pasien dalam masa perawatan diruang rawatnya dan selanjutnya mengembalikan berkas tersebut ke bagian medical record bila pasien keluar/pulang dari ruang rawat tersebut.
- s) Membuat laporan harian mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan serta kegiatan lainnya di ruang rawat, disampaikan kepada atasannya.
- t) Membimbing siswa/mahasiswa keperawatan yang menggunakan ruang rawatnya sebagai lahan praktek.
- u) Memberi penyuluhan kesehatan kepada pasien/keluarga sesuai kebutuhan dasar dalam batas wewenangnya.
- v) Melakukan serah terima pasien dan lain-lain pada saat pergantian dinas.

f. Melaksanakan Fungsi Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian (P3) meliputi :

- 1) Mengendalikan dan menilai pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah ditentukan.
- 2) Mengawasi dan menilai siswa/mahasiswa keperawatan untuk memperoleh pengalaman belajar sesuai tujuan program bimbingan yang telah ditentukan.
- 3) Melakukan penilaian kinerja tenaga keperawatan yang berada dibawah tanggung jawabnya.
- 4) Mengawasi, mengendalikan dan menilai pendayagunaan tenaga keperawatan, peralatan dan obat-obatan.
- 5) Mengawasi dan menilai mutu asuhan keperawatan sesuai standar yang berlaku secara mandiri atau koordinasi dengan tim pengendalian mutu asuhan keperawatan.

2. Perawat

a. Definisi perawat

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan, berwenang di negara bersangkutan untuk memberikan pelayanan dan bertanggung jawab dalam peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit serta pelayanan terhadap pasien (Praptiningsih, 2006).

b. Peran dan fungsi perawat

Peran perawat menurut konsorsium ilmu kesehatan tahun 1989

1) Sebagai pemberi asuhan keperawatan

2) Sebagai advokat pasien.

3) Sebagai edukator

4) Sebagai koordinator

5) Peran kolaborator

6) Peran konsultan

7) Sebagai pembaharu

c. Fungsi perawat

1) Fungsi independen, merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, dimana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilaksanakan sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia.

2) Fungsi dependen merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatan atas pesan atau intruksi dari perawat lain.

3) Fungsi interdependen fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan diantara tim satu dengan lainnya.

d. Pengertian pelayanan keperawatan

Menurut hasil lokakarya keperawatan tahun 1983, pelayanan keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio- psiko- sosio- spiritual yang komprehensif, ditujukan

pada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sakit maupun sehat yang mencakup siklus hidup manusia (Alimul, 2004).



C. Organisasi Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi

Organisasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) disusun agar dapat mencapai visi, misi dan tujuan dari penyelenggaraan PPI. PPI dibentuk berdasarkan kaidah organisasi yang miskin struktur dan kaya fungsi dan dapat menyelenggarakan tugas, wewenang dan tanggung jawab secara efektif dan efisien. Efektif dimaksud agar sumber daya yang ada di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dapat dimanfaatkan secara optimal.

1. Pimpinan dan Staf

Pimpinan dan petugas kesehatan dalam Komite dan Tim PPI diberi kewenangan dalam menjalankan program dan menentukan sikap pencegahan dan pengendalian infeksi. Kriteria :

- a. Komite PPI disusun minimal terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota. Ketua sebaiknya dokter (IPCO / Infection Prevention and Control Officer), mempunyai minat, kepedulian dan pengetahuan, pengalaman, mendalami masalah infeksi, mikrobiologi klinik, atau epidemiologi klinik. Sekretaris sebaiknya perawat senior (IPCN / *Infection Prevention and Control Nurse*), yang disegani, berminat, mampu memimpin, dan aktif. Anggota yang dapat terdiri dari:
 - 1) Dokter wakil dari tiap SMF (Staf Medis Fungsional).
 - 2) Dokter ahli epidemiologi.
 - 3) Dokter Mikrobiologi / Patologi Klinik.
 - 4) Laboratorium.
 - 5) Farmasi.
 - 6) Perawat PPI / IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*)

- 7) CSSD
 - 8) *Laundry*.
 - 9) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPS-RS).
 - 10) Sanitasi.
 - 11) *House keeping*.
 - 12) K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja).
 - 13) Petugas kamar jenazah.
- b. Tim PPI terdiri dari Perawat PPI / IPCN dan 1 (satu) dokter PPI setiap 5 (lima) Perawat PPI.
 - c. Rumah sakit harus memiliki IPCN yang bekerja penuh waktu, dengan ratio 1 (satu) IPCN untuk tiap 100 - 150 tempat tidur di rumah sakit.
 - d. Setiap 1000 tempat tidur sebaiknya memiliki 1 (satu) ahli Epidemiologi Klinik.
 - e. Dalam bekerja IPCN dapat dibantu beberapa IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) dari tiap unit, terutama yang berisiko terjadinya infeksi.

2. IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*)

Kriteria IPCN :

- a. Perawat dengan pendidikan min D3 dan memiliki sertifikasi PPI.
- b. Memiliki komitmen di bidang pencegahan dan pengendalian infeksi.
- c. Memiliki pengalaman sebagai Kepala Ruangan atau setara.
- d. Memiliki kemampuan leadership, inovatif dan confident.
- e. Bekerja penuh waktu.

Tugas dan Tanggung Jawab IPCN :

- a. Mengunjungi ruangan setiap hari untuk memonitor kejadian infeksi yang terjadi di lingkungan kerjanya, baik rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- b. Memonitor pelaksanaan PPI, penerapan SPO, kewaspadaan isolasi.
- c. Melaksanakan surveilans infeksi dan melaporkan kepada Komite PPI.
- d. Bersama Komite PPI melakukan pelatihan petugas kesehatan tentang PPI di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- e. Melakukan investigasi terhadap KLB dan bersama-sama Komite PPI memperbaiki kesalahan yang terjadi.
- f. Memonitor kesehatan petugas kesehatan untuk mencegah penularan infeksi dari petugas kesehatan ke pasien atau sebaliknya.
- g. Bersama Komite menganjurkan prosedur isolasi dan memberi konsultasi tentang pencegahan dan pengendalian infeksi yang diperlukan pada kasus yang terjadi di rumah sakit.
- h. Audit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi termasuk terhadap limbah, laundry, gizi, dan lain-lain dengan menggunakan daftar tilik.
- i. Memonitor kesehatan lingkungan.
- j. Memonitor terhadap pengendalian penggunaan antibiotika yang rasional.
- k. Mendesain, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi surveilans infeksi yang terjadi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- l. Membuat laporan surveilans dan melaporkan ke Komite PPI.
- m. Memberikan motivasi dan teguran tentang pelaksanaan kepatuhan PPI.

- n. Memberikan saran desain ruangan rumah sakit agar sesuai dengan prinsip PPI.
- o. Meningkatkan kesadaran pasien dan pengunjung rumah sakit tentang PPIRS.
- p. Mempraktikkan penyuluhan bagi petugas kesehatan, pengunjung dan keluarga tentang topik infeksi yang sedang berkembang di masyarakat, infeksi dengan insiden tinggi.
- q. Sebagai koordinator antara departemen / unit dalam mendeteksi, mencegah dan mengendalikan infeksi di rumah sakit.

3. *IPCLN (Infection Prevention and Control Link Nurse)*

Kriteria IPCLN :

- a. Perawat dengan pendidikan min D3 dan memiliki sertifikasi PPI.
- b. Memiliki komitmen di bidang pencegahan dan pengendalian infeksi.
- c. Memiliki kemampuan leadership.

Tugas IPCLN :

IPCLN sebagai perawat pelaksana harian / penghubung bertugas :

- a. Mengisi dan mengumpulkan formulir surveilans setiap pasien di unit rawat inap masing-masing, kemudian menyerahkan-nya kepada IPCN ketika pasien pulang.
- b. Memberikan motivasi dan teguran tentang pelaksanaan kepatuhan pencegahan dan pengendalian infeksi pada setiap personil ruangan di unit rawatnya masing-masing.
- c. Memberitahukan kepada IPCN apabila ada kecurigaan adanya infeksi nosokomial pada pasien.

- d. Berkoordinasi dengan IPCN saat terjadi infeksi potensial KLB, penyuluhan bagi pengunjung di ruang rawat masing-masing, konsultasi prosedur yang harus dijalankan bila belum faham.
- e. Memonitor kepatuhan petugas kesehatan yang lain dalam menjalankan Standar Isolasi.

4. Kebijakan Manajemen

- a. Ada kebijakan kewaspadaan standar (*standard precaution*) :
 - 1) Kebersihan tangan
 - 2) Penggunaan alat pelindung diri (apd)
 - 3) Peralatan perawatan pasien
 - 4) Pengendalian lingkungan
 - 5) Pemrosesan peralatan pasien dan penatalaksanaan
 - 6) Linen
 - 7) Kesehatan karyawan / perlindungan petugas kesehatan
 - 8) Penempatan pasien
 - 9) Hygiene respirasi / etika batuk
 - 10) Praktek menyuntik yang aman
 - 11) Praktek untuk lumbal punksi
- b. Ada kebijakan tentang pengembangan SDM dalam PPI.
- c. Ada kebijakan tentang pengadaan bahan dan alat yang melibatkan tim PPI.
- d. Ada kebijakan tentang penggunaan antibiotik yang rasional.
- e. Ada kebijakan tentang pelaksanaan surveilans.
- f. Ada kebijakan tentang pemeliharaan fisik dan sarana yang melibatkan tim PPI.

- g. Ada kebijakan tentang kesehatan karyawan.
- h. Ada kebijakan penanganan KLB.
- i. Ada kebijakan penempatan pasien.
- j. Ada kebijakan upaya pencegahan infeksi ILO (Infeksi Luka Operasi) , IADP (Infeksi Aliran Darah primer), ISK (Infeksi saluran kemih), Pneumonia, VAP (*Ventilator Associated Pneumoni*).

5. Kebijakan Teknis

Ada SPO tentang kewaspadaan standar (*standard precaution*) :

- a. Ada SPO kebersihan tangan
- b. Ada SPO penggunaan alat pelindung diri (APD)
- c. Ada SPO penggunaan peralatan perawatan pasien
- d. Ada SPO pengendalian lingkungan
- e. Ada SPO pemrosesan peralatan pasien dan penatalaksanaan linen
- f. Ada SPO Kesehatan karyawan / Perlindungan petugas kesehatan
- g. Ada SPO penempatan pasien
- h. Ada SPO hygiene respirasi / Etika batuk
- i. Ada SPO praktek menyuntik yang aman
- j. Ada SPO praktek untuk lumbal punksi
- k. Upaya-upaya pencegahan infeksi dan rekomendasinya.

6. Pengembangan dan Pendidikan

- a. Tim PPI
 - 1) Wajib mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI.
 - 2) Memiliki sertifikat PPI.
 - 3) Mengembangkan diri mengikuti seminar, lokakarya dan sejenisnya.

4) Bimbingan teknis secara berkesinambungan.

b. Staf Rumah Sakit

1) Semua staf rumah sakit harus mengetahui prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.

2) Semua staf rumah sakit yang berhubungan dengan pelayanan pasien harus mengikuti pelatihan PPI.

3) Rumah sakit secara berkala melakukan sosialisasi / simulasi PPI.

4) Semua karyawan baru, mahasiswa, PPDS harus mendapatkan orientasi PPI.

7. Monitoring, Evaluasi Dan Pelaporan

a. Monitoring

1) Monitoring dilakukan oleh IPCN dan IPCLN.

2) Dilakukan setiap hari dalam hal pengumpulan data untuk surveilans

3) mempergunakan check list.

4) Ada formulir bantu surveilans.

b. Evaluasi

1) Dilakukan oleh Tim PPIRS dengan frekuensi minimal setiap bulan.

2) Evaluasi oleh Komite PPI minimal setiap 3 bulan.

c. Laporan

1) Membuat laporan tertulis kepada Direktur setiap bulan.

2) Membuat Laporan rutin : harian, mingguan, bulanan, 3 bulan, 6 bulan, 1 tahun, maupun insidentil atau KLB

D. Infeksi Nosokomial (HAIs)

1. Defenisi

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat pasien dari rumah sakit pada saat pasien menjalani proses asuhan keperawatan. Infeksi nosokomial pada umumnya terjadi pada pasien yang dirawat di ruang seperti ruang perawatan anak, perawatan penyakit dalam, perawatan intensif, dan perawatan isolasi (Darmadi, 2008).

Infeksi nosokomial menurut Brooker (2008) adalah infeksi yang didapat dari rumah sakit yang terjadi pada pasien yang dirawat selama 72 jam dan pasien tersebut tidak menunjukkan tanda dan gejala infeksi pada saat masuk rumah sakit.

2. Cara penularan Infeksi Nosokomial

Menurut Depkes RI (1995) macam-macam penularan infeksi nosokomial bisa berupa:

- a. Infeksi silang (Cross Infection), yaitu infeksi yang disebabkan oleh kuman yang didapat dari orang atau penderita lain di rumah sakit secara langsung atau tidak langsung.
- b. Infeksi sendiri (Self infection, Auto infection), yaitu infeksi yang disebabkan oleh kuman dari penderita itu sendiri berpindah tempat dari satu jaringan ke jaringan lain
- c. Infeksi lingkungan (Enverenmental infection), yaitu infeksi yang disebabkan oleh kuman yang berasal dari benda atau bahan yang tidak bernyawa yang berada di lingkungan rumah sakit, misalnya lingkungan yang lembab dan lain-lain.

3. Pengendalian Infeksi Nosokomial (HAIs)

Pencegahan infeksi nosokomial (HAIs) yang dikemukakan oleh WHO (2002) menyatakan bahwa infeksi nosokomial (HAIs) membutuhkan keterpaduan, pemantauan, dan program dari semua tenaga kesehatan profesional yang meliputi: dokter, perawat, terapis, apoteker, dan lain-lain. Pencegahan infeksi nosokomial (HAIs) yang menjadi kunci utama yaitu:

- a. Membatasi transmisi organisme antara pasien dalam melakukan perawatan pasien secara langsung melalui cuci tangan, menggunakan sarung tangan, teknik aseptik yang tepat, strategi isolasi, sterilisasi dan teknik desinfektan.
- b. Mengendalikan lingkungan yang berisiko untuk infeksi.
- c. Melindungi pasien dengan penggunaan profilaksis antimikroba yang tepat, nutrisi, dan vaksinasi.
- d. Membatasi risiko terjadinya infeksi endogenous dengan meminimalkan prosedur invasif, dan mempromosikan penggunaan antimikroba yang optimal.
- e. Surveilans infeksi, mengidentifikasi dan mengendalikan wabah
- f. Pencegahan infeksi pada tenaga kesehatan
- g. Meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan secara terus menerus dengan memberikan pendidikan dan pelatihan mengenai pencegahan dan pengendalian infeksi/ kewaspadaan standar.

4. Surveilans infeksi nosokomial

a. Pengertian

Surveilans infeksi nosokomial adalah suatu proses yang dinamis, sistematis, terus menerus, dalam pengumpulan, identifikasi, analisis dan interpretasi dari data

kesehatan yang penting pada suatu populasi spesifik untuk digunakan dalam perencanaan, penerapan dan evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan yang di desiminasikan secara berkala kepada pihak-pihak yang memerlukan. (Graham AJ, 2001)

b. Tujuan

Adapun tujuan dari surveilens infeksi nosokomial adalah sebagai berikut:

- 1) Memperoleh data dasar infeksi nosokomial di suatu rumah sakit
- 2) Untuk kewaspadaan dini dalam mengidentifikasi kejadian luar biasa
- 3) Menilai standard mutu asuhan keperawatan dan pelayanan medis
- 4) Sebagai sarana mengidentifikasi terjadinya malpraktek
- 5) Menilai keberhasilan suatu program pengendalian infeksi nosokomial
- 6) Meyakinkan para klinisi tentang adanya masalah yang memerlukan penanggulangan
- 7) Sebagai suatu tolak ukur akreditasi

c. Metode Surveilens

- 1) *Hospital wide, traditional surveillance*

Hospital wide , traditional surveillance yaitu surveilens yang prospektif dan terus menerus mensurvei di semua area perawatan, untuk mengidentifikasi pasien yang terjadi infeksi selama di rumah sakit. Data dikumpulkan dari catatan medis, catatan keperawatan, laboratorium, perawat ruangan. Metode surveilens ini cukup mahal dan memerlukan banyak waktu. Rate infeksi , pola mikroorganisme dihitung setiap bulan. Metode *surveilens* ini adalah metode pertama yang dilakukan oleh CDC (*centres for diseases control*) pada tahun 1970

2) *Periodic Surveillance*

Ada beberapa cara dalam periodic Surveilens. Salah satunya mengikuti cara metode *Hospital Wide Traditional Surveillance*, tetapi pada *periodic surveilens* hanya dilakukan secara interval seperti satu bulan dalam satu semester. Namun yang paling sering dipakai pada periodik surveilens adalah mengikuti metode *Target Surveillance*. Metode lain melakukan survei pada satu atau beberapa unit pada masa periode tertentu kemudian pindah lagi ke unit lain.

3) *Prevalence Surveillance*

Prevalence Surveillance adalah menghitung jumlah aktif infeksi selama periode tertentu. Aktif infeksi dihitung semua jumlah infeksi baik yang lama maupun yang baru ketika dilakukan survei. Jumlah aktif infeksi dibagi jumlah pasien yang ada pada waktu dilakukan survei. Oleh karena semua aktif infeksi dihitung yang lama dan baru maka rate infeksi biasanya lebih tinggi dari rate insiden. *Prevalence Surveillance* dapat digunakan pada populasi khusus seperti infeksi mikroorganisme khusus : *Methicillin- Resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA), *Vancomycin Resistant Enterococci* (VRE)

4) *Target Surveillance*

Metode survei ini terfokus pada area spesifik seperti critical care; pasien dengan transplantasi , pasien hemodialisa atau infeksi khusus: SSI, BSI,VAP

5) *Outbreak threshold*

Survei dilakukan ketika terjadi out break atau kejadian luar biasa seperti peningkatan hasil kultur positif, jumlah isolasi meningkat.

d. Tahapan pelaksanaan surveilens

- 1) Identifikasi Populasi
- 2) Seleksi out come atau Process surveilens
- 3) Gunakan definisi surveilens
- 4) Mengumpulkan data
- 5) Menghitung dan menganalisa data infeksi
- 6) Stratifikasi
- 7) Laporan & Rekomendasi tindak lanjut serta diseminasi

e. Kaji populasi

Setiap rumah sakit memiliki karakteristik pasien yang berbeda-beda, serta resiko yang bervariasi.

- 1) Pertama harus diidentifikasi kejadian dan populasi yang akan disurvei. Sistem surveilens sebaiknya didasarkan pada evaluasi dari populasi yang spesifik. Pasien – pasien yang berada di ruang intensif, neonatus, pediatrik adalah sumber yang dapat di targetkan pada populasi yang beresiko tinggi terjadinya infeksi nosokomial. Untuk mencapai informasi dan mengerti karakteristik populasi dapat dikaji beberapa hal seperti : tipe pasien yang dilayani, diagnosa yang paling sering, tindakan yang sering dilakukan, operasi atau tindakan invasive. Sumber informasi ini dapat di ambil dari catatan medik, catatan keperawatan, data operasi, hasil laboratorium
- 2) Seleksi *out come* untuk *surveilens*

Suatu rumah sakit jarang melakukan surveilens untuk seluruh area perawatan. Metode surveilens adalah suatu hal yang prioritas. Out come atau proses menjadi ukuran untuk melakukan surveilens. Out come dari pelayanan, bisa

negatif seperti infeksi, injuri, lama hari rawat meningkat atau positif seperti sembuh /pasien puas Process adalah merupakan tahapan/ langkah-langkah yang diambil untuk mencapai outcome seperti imunisasi, kepatuhan terhadap policy/prosedur. Out come dan Proses termasuk didalam perencanaan surveilens, hal ini penting untuk menentukan populasi yang akan diambil. Pemilihan populasi boleh juga berdasarkan morbiditas, mortalitas atau parameter yang lain.

3) Gunakan definisi infeksi

Pada surveilens semua unsur-unsur data harus di definisikan dengan jelas, termasuk outcome/.infeksi, process, populasi, faktor resiko. Definisi valid, konsisten, akurat. Pada umumnya definisi infeksi nosokomial merujuk kepada definisi yang dikembangkan oleh CDC (*Centers for Disease Control*), namun ada beberapa rumah sakit yang memodifikasinya.

Suatu infeksi diklasifikasikan sebagai infeksi nosokomial jika tidak ada infeksi atau tidak dalam masa inkubasi ketika pasien baru masuk rumah sakit. Umumnya infeksi nosokomial terjadi setelah 48 jam pasien masuk rawat rumah sakit dan 10 hari setelah pasien pulang rawat. Tetapi dapat berbeda sesuai dengan masa inkubasi dari penyakit tersebut. Bisa lebih pendek dari 48 jam seperti gastro enteritis yang disebabkan Norwalk Virus, atau lebih dari 10 hari seperti Hepatitis A , B. Infeksi Luka Operasi dapat terjadi dalam 30 hari paska operasi tanpa implant, jika ada implant sampai satu tahun paska operasi. Infeksi nosokomial harus dipertimbangkan sebagai nosokomial jika ada hubungan dengan prosedur tindakan dan pemakaian alat alat medis.

4) Pengumpulan data

Proses pengumpulan data sebaiknya dilakukan oleh orang-orang yang sudah mempunyai pengetahuan, pengalaman dan berkualitas. Personil surveilans mencari informasi dari sumber-sumber yang tepat, mengaplikasikan dan mencatat data dengan metode yang tepat

Format pengumpulan data dapat dientry dikomputer dan atau formulir kertas. Pengumpulan data dapat dilakukan searah *concurrently* (*Prospective*) dan atau *retrospective* tergantung pada sumber –sumber yang ada. Concurrent surveillance pengumpulan data diawali ketika pasien masih dirawat. Keuntungannya informasi data dapat diambil pada saat kejadian, interview kepada petugas kesehatan, interaktif dapat dicapai, informasi dapat diketahui bila tidak dicatat di catatan medical. Surveilans setelah pasien pulang dilakukan pada pasien paska operasi. Pasien operasi didata sampai 30 hari setelah operasi, jika ada implant sampai satu tahun setelah operasi. Sumber data diperoleh dari data dasar administratif, catatan medical, komunikasi dengan petugas/perawat, dokter, mengkaji pasien, laboratory, farmasi, radiology,. Surveilans pasif bisa bias, karena data tidak di reporting. Harus hati-hati menganalisa dan menginterpretasikan data surveilans pasif.

Data-data yang harus dikumpulkan yaitu data demografi, infeksi, laboratorium, faktor resiko spesifik seperti pemasangan kateter urine untuk infeksi saluran kemih/*Urinary Tractus Infection* (UTI) pemasangan central vena line untuk infeksi aliran darah/ *Bloodstream Infection* (BSI), pemasangan ventilator mekanik untuk pneumonia sehubungan dengan pemakaian ventilator/*Ventilator-Associated Pneumonia* (VAP). Untuk faktor

resiko infeksi luka operasi/*Surgical Site Infection* (SSI) di data tanggal operasi, lama operasi, kelas luka, ASA Score, emergensi atau elektif. Data dikumpulkan setiap hari pada waktu yang sama dicatat pada formulir yang sudah disediakan.

Di kumpulkan data Nominator dan Denominator. Data nominator yaitu jumlah yang terinfeksi pada pasien yang beresiko, sedangkan data Denominator adalah tabulasi dari kohort pasien yang beresiko infeksi nosokomial. Menurut NNIS (*National Nosocomial Infection Surveillance System*) denominator adalah jumlah pasien, dan jumlah hari rawat pasien, total jumlah hari pemakaian ventilator, central line, kateter urine.

5) Menghitung dan menganalisa data infeksi

Data dicatat pada formulir yang sudah dibuat, kemudian diorganisasikan sesuai pola yang mengandung arti. Data surveilans dicatat secara sistematis di formulir. Sebaiknya di entry di data base computer. Jika data dimasukkan dalam data base computer maka dengan mudah dapat dilakukan plot jumlah atau rate infeksi setiap saat untuk mengidentifikasi trend yang ada.

Numerator dihitung angka kejadian infeksi, sedangkan denominator dihitung populasi yang beresiko. Menghitung dan menganalisa data pakai metode *statistical*.

Data harus dianalisa dengan cepat dan tepat, untuk mendapatkan informasi apakah ada masalah infeksi nosokomial, yang memerlukan penanggulangan atau investigasi lebih lanjut. Interpretasi yang dibuat harus menunjukkan informasi tentang penyimpangan yang terjadi. Bandingkan angka infeksi

nosokomial apakah ada penyimpangan , dimana terjadi kenaikan atau penurunan yang cukup tajam. Perhatikan dan bandingkan kecenderungan menurut jenis infeksi, ruang perawatan dan patogen penyebab bila ada.. Perlu dijelaskan sebab-sebab peningkatan atau penurunan angka infeksi nosokomial, jika ada data yang mendukung relevan dengan masalah yang dimaksud.

Populasi yang beresiko *Surgical Site Infection* (SSI) atau Infeksi Luka Operasi (ILO) adalah semua pasien yang dilakukan operasi. Populasi *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) adalah semua pasien yang memakai ventilator. Populasi *Urinary Tractus Infection* (UTI) atau Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah semua pasien yang memakai kateter urine. Untuk menghitung surveilans yang dipakai adalah insiden rate. Insiden Rate infeksi luka operasi adalah jumlah pasien infeksi luka operasi dibagi jumlah total kasus operasi dikali 100 % . Sedangkan Rate VAP adalah jumlah VAP dibagi total jumlah hari pemakaian alat ventilator dikali 1000.

E. Group PPI (Kewaspadaan Standar)

Kewaspadaan standar merupakan kombinasi segi-segi utama dari kewaspadaan universal (di rancang untuk mengurangi risiko penularan patogen melalui darah dari darah dan cairan tubuh) dan isolasi zat tubuh (di rancang untuk mengurangi risiko penularan penyakit dari zat tubuh yang lembab) (Depkes, 2007).

Kewaspadaan standar diterapkan untuk:

1. Darah

2. Seluruh cairan tubuh, sekresi dan eksresi, kecuali keringat, tidak tergantung apakah ada atau tidak kandungan darah yang terlihat
3. Kulit yang tidak utuh dan
4. Selaput lendir (Depkes, 2007).

Kewaspadaan standar dimaksudkan untuk mengurangi risiko penularan mikroorganisme dari kedua sumber dari infeksi di rumah sakit yang dikenal maupun yang tidak dikenal. Dalam prinsip kewaspadaan standar, semua darah dan cairan tubuh harus dipertimbangkan secara potensial terinfeksi dengan penyakit menular-darah termasuk HIV dan hepatitis B dan C, tanpa terkait dengan status ataupun faktor-faktor risiko seseorang (Depkes, 2009).

Kewaspadaan standar atau *standard precautions* merupakan gabungan dari kewaspadaan universal atau *universal precaution* dengan isolasi dari tubuh atau *body substance isolation* yang berlaku untuk semua pasien, kemungkinan atau terbukti infeksi, setiap waktu disemua layanan kesehatan (WHO, 2009).

1. Komponen Utama Group PPI (Kewaspadaan Standar) :

a. Kebersihan tangan (mencuci tangan)

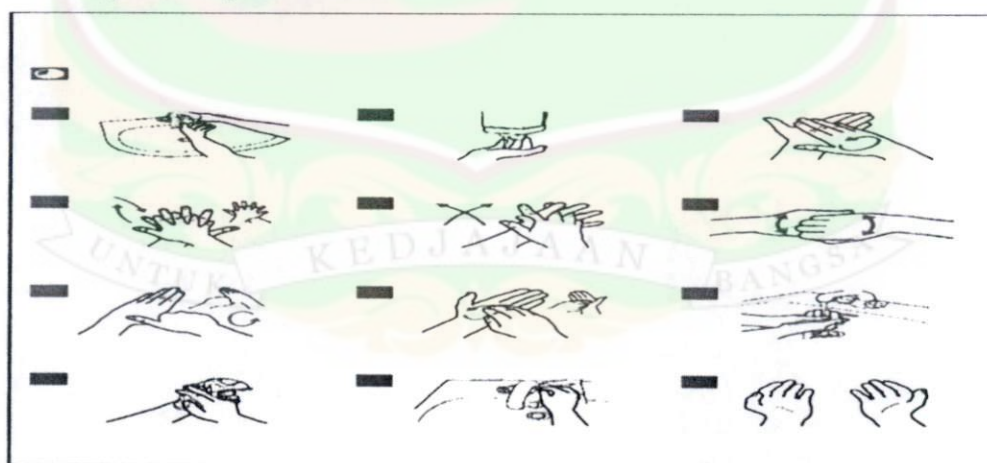
Mencuci tangan adalah proses secara mekanik melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun biasa dan air (Depkes, 2011). Mencuci tangan harus dilakukan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan walaupun memakai sarung tangan dan alat pelindung diri lain. Tindakan ini penting untuk mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran infeksi dapat dikurangi dan lingkungan kerja terjaga dari infeksi (Nursalam dan Ninuk, 2007).

Indikator mencuci tangan digunakan dan harus dilakukan untuk antisipasi terjadinya perpindahan kuman melalui tangan yaitu:

- 1) Sebelum melakukan tindakan, misalnya saat akan memeriksa (kontak langsung dengan klien), saat akan memakai sarung tangan bersih maupun steril, saat akan melakukan injeksi dan pemasangan infus.
- 2) Setelah melakukan tindakan, misalnya setelah memeriksa pasien, setelah memegang alat bekas pakai dan bahan yang terkontaminasi, setelah menyentuh selaput mukosa.

Menurut Nursalam dan Ninuk (2007), ada tiga cara cuci tangan yang dilaksanakan sesuai kebutuhan. Yaitu:

- a) Cuci tangan higienik atau rutin yaitu mengurangi kotoran dan flora yang ada ditangan dengan menggunakan sabun atau detergen.
- b) Cuci tangan aseptik yaitu cuci tangan sebelum tindakan aseptik pada pasien dengan menggunakan antiseptik.
- c) Cuci tangan bedah yaitu sebelum melakukan tindakan bedah, cara aseptik dengan antiseptik dan sikat steril.



Gambar 2.1
Cuci tangan dengan sabun dan air (WHO, 2012)

b. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Alat pelindung diri digunakan untuk melindungi kulit dan selaput lendir petugas dari resiko paparan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret, ekskreta kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien. Jenis tindakan yang beresiko mencakup tindakan rutin, tindakan bedah tulang, otopsi dan perawatan gigi dimana menggunakan bor dengan kecepatan putar yang tinggi (Depkes, 2009).



Gambar 2.2
Pemakaian alat pelindung (Depkes, 2009)

Peralatan pelindung diri meliputi sarung tangan, masker / respirator, pelindung mata (perisai muka, kacamata), kap, gaun, apron, dan barang lainnya (Tietjen, 2004).

1) Sarung tangan

Digunakan bila kontak dengan darah, cairan tubuh, dan barang-barang yang terkontaminasi, digunakan bila terjadi kontak dengan selaput lendir dan kulit terluka. Gunakan prosedur ini mengingat risiko terbesar adalah paparan terhadap cairan darah, tidak memperdulikan apa yang diketahui tentang pasien. Jangan

didaur ulang, sarung tangan steril harus selalu digunakan untuk prosedur antiseptik dan jangan mengurangi kebutuhan cuci tangan meskipun telah memakai sarung tangan (Depkes RI, 2007).

2) Masker

Melindungi selaput lendir mata, hidung dan mulut saat terjadi kontak atau untuk menghindari cipratan dengan darah dan cairan tubuh. Jangan gunakan untuk perawatan pasien rutin. Ganti tiap bergantian pasien (Depkes RI, 2007).

3) Kacamata

Gunakan bila terdapat kemungkinan terpapar cairan tubuh. Kacamata memberikan sedikit perlindungan, tetapi tidak memberikan perlindungan menyeluruh (Depkes RI, 2007).

4) Baju perlindungan

Lindungi kulit dari darah dan cairan tubuh. Cegah pakaian tercemar selama prosedur klinis yang dapat berkontak langsung dengan darah dan cairan tubuh (Depkes RI, 2007).

5) Alas kaki

Dipakai untuk melindungi kaki dari perlukaan oleh benda tajam atau dari cairan yang kebetulan jatuh atau menetes pada kaki (Ahmad N.H, 2007).

c. Pemrosesan alat

1). Dekontaminasi

Suatu proses untuk menghilangkan / memusnahkan mikroorganisme dan kotoran yang melekat pada peralatan medis/objek, sehingga aman untuk penanganan

selanjutnya. Merupakan langkah pertama dalam menangani barang yang telah digunakan.

Kegiatan yang dilakukan dalam medekotaminasi adalah :

a). Pembersihan

Suatu proses untuk menghilangkan kotoran yang terlihat atau tidak terlihat pada peralatan medis / objek setelah dilakukan dekontaminasi dengan menggunakan air mengalir, sikat detergen sehingga kotoran / bahan organik hilang dari permukaan

b). Desinfeksi

Desinfeksi adalah suatu tindakan untuk membunuh kuman patogen dan apatogen tetapi tidak dengan sporanya pada alat perawatan atau permukaan jaringan (Tietjen, 2004). Disinfeksi yang dipakai adalah:

- (1). Mempunyai kriteria membunuh kuman
- (2). Mempunyai efek terhadap banyak bakteri
- (3). Tidak sulit digunakan
- (4). Bukan bahan yang mengandung zat yang berbahaya baik untuk petugas maupun pasien
- (5). Efektif

c). Sterilisasi

Sterilisasi adalah suatu tindakan untuk membunuh kuman patogen dan apatoge beserta sporanya pada alat perawatan (Tietjen, 2004). Untuk mencegah penyebaran penyakit melalui jarum suntik maka diperlukan:

- (1). Pengurangan penyuntikan yang kurang diperlukan

(2). Penggunaan jarum steril

(3). Penggunaan alat suntik yang disposabel (Klikharry, 2006).

Suatu proses menghilangkan/memusnahkan semua bentuk mikroorganisme pada peralatan medis / objek termasuk endospora yang dapat dilakukan melalui proses fisika dan kimiawi dengan menggunakan alat sterilisator, (Depkes, 2009)

2). Klasifikasi alat-alat medis menurut Dr.Earl Spaulding

a). Peralatan kritis

Peralatan medis yang masuk kedalam jaringan tubuh steril atau sistem pembuluh darah. Pengelolaan peralatan dengan cara sterilisasi. Contoh: instrumen bedah, kateter intravena, kateter jantung, dll

b). Peralatan Semi Kritis

Peralatan yang masuk / kontak dengan membran mukosa tubuh. Pengelolaan peralatan medis dengan disinfeksi tingkat tinggi. Contoh: endotracheal tube, endoscopi, nasogastric tube.

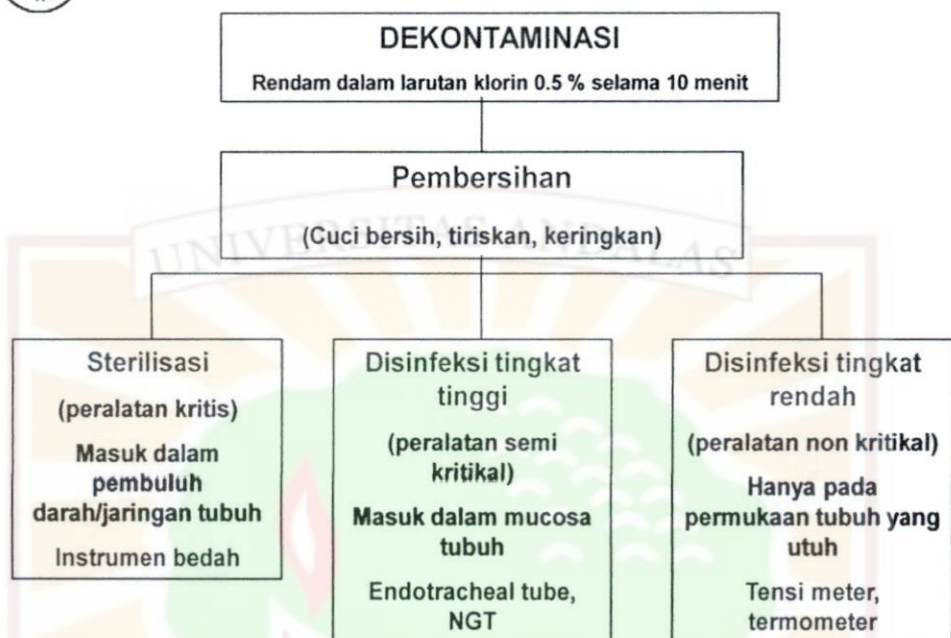
c). Peralatan Non Kritis

Peralatan medis yang kontak dengan permukaan kulit yang utuh. Pengelolaan peralatan medis dengan cara disinfeksi tingkat intermediate / tingkat rendah. Contoh: Tensimeter, stetoscope, bedpan, urinal, linen, apron.

Tabel 2.1
Alur Pemrosesan Alat Medis Bekas



Alur Pemrosesan Alat Medis Bekas Pakai



6-14

Sumber : (Depkes, 2009)

3). Indikasi Dekontaminasi

- a) Alat medis habis pakai
- b) Permukaan meja / permukaan lain yang tercemar / tumpahan darah atau cairan tubuh pasien
- c) Linen bekas pakai yang tercemar darah / atau cairan tubuh pasien

4). Prosedur dekontaminasi

- a) Cuci tangan
- b) Pakai sarung tangan dan alat pelindung diri (apron, masker, kaca mata) kalau perlu

- c) Rendam alat medis segera setelah dipakai dalam larutan klorin 0.5 % selama 10 menit. Seluruh alat medis harus terendam dalam larutan klorin.
- d) Buka sarung tangan
- e) Cuci tangan

5). Rumus Pengenceran *clorin*

UNIVERSITAS ANDALAS

JUMLAH % YANG TERSEDIA - 1

JUMLAH % YANG DIPERLUKAN

- Yang tersedia : 5,25 %
- Yang diperlukan : 0,5 %
- JADI :

$$\frac{5,25}{0,5} - 1 \Rightarrow \frac{525}{50} - 1 \Rightarrow 10,5 - 1 = 9,5$$

1 : 9

6). Pengemasan

Kegiatan paska sterilisasi untuk menjaga keamanan dan efektifitas alat-alat medis pada saat digunakan untuk perawatan pasien

a). Tujuan pengemasan

Mempertahankan sterilitas peralatan medis sampai waktu penggunaan.

b). Syarat Bahan Pengemasan

- (1) Sesuai dengan metoda sterilisasi yang dipakai.
- (2) Dapat menahan mikroorganisme dan bakteri.
- (3) Kuat & tahan lama.
- (4) Mudah digunakan.
- (5) Tidak mengandung racun.

- (6) Segel yang baik.
- (7) Aman & mudah dibuka.
- (8) Masa kadaluarsa.

d. Pengelolaan Jarum Suntik dan Alat Tajam

Dalam teori kewaspadaan, alat tajam sangat beresiko menyebabkan pajanan sehingga meningkatkan terjadinya penularan penyakit melalui kontak darah, oleh karena itu petugas kesehatan haruslah sangat berhati-hati menggunakan jarum suntik maupun alat tajam lainnya dengan memperhatikan :

- 1) Jangan mematahkan jarum
- 2) Jangan melepaskan jarum
- 3) Jangan membengkokkan jarum bekas pakai
- 4) Tutup kembali jarum suntik secara aman

Jarum suntik yang telah dipakai ditutup kembali secara aman dengan cara meletakkan penutup jarum dibaki, lalu masukkan jarum dengan satu tangan ke penutup jarum, jangan pernah menutup jarum dengan kedua tangan karena akan sangat beresiko tertusuk, lalu tarik penutup jarum dengan menggunakan jari telunjuk dan ibu jari, jangan menekan penutup jarum sangat lunak dan bisa ditembus oleh ujung jarum dan akan mengenai petugas kesehatan.

- 5) Gunakan cara yang aman bila memberikan benda tajam dengan membalikkan bagian yang tajam kearah berlawanan saat memberikan.
- 6) Sediakan tempat sampah khusus untuk membuang jarum suntik dan patahan ampul dan benda tajam lainnya agar tidak terjadi perlukaan (Tietjen, 2004).

e. Kebersihan Lingkungan

Gunakan prosedur yang memadai untuk kebersihan rutin dan disinfeksi permukaan lingkungan dan benda lain yang sering disentuh, dalam teori kewaspadaan limbah nonmedis adalah limbah yang tidak kontak dengan darah atau cairan tubuh sehingga disebut beresiko rendah, limbah medis adalah limbah yang mengalami kontak darah dan cairan tubuh pasien. Lingkungan dapat dikendalikan dengan memperhatikan jenis limbah dan berdasarkan petunjuk kemana limbah tersebut dimasukkan.

Penanganan limbah berdasarkan jenisnya :

1). Warna kantong

Kuning : sampah infeksius

Hitam: non infeksius

Merah : radioaktif

Ungu : cytotoksik

2). Benda tajam

Wadah tahan bocor dan tusukan, ada pegangan, ada tutup, dibuang setelah terisi 2/3 bagian (Tientjen, 2004).

f. Penempatan Pasien

Kohorting adalah menempatkan pasien terinfeksi atau kolonisasi dengan patogen yang sama di ruang yang sama. Pasien lain tanpa patogen yang sama dilarang masuk. Jarak ideal antar tempat tidur 2,5 m. Bila jarak diturunkan menjadi 1,9 m maka peningkatan transfer infeksi 3,15 dan ini sering dihubungkan dengan penempatan pasien yang padat (JCI, 2012).

g. Linen

Tangani linen kotor dengan menjaga jangan terkena kulit atau membran mukosa. Tindakan merendam/ membilas linen kotor tidak direkomendasikan di wilayah ruang perawatan. Linen kotor tidak boleh diletakkan dilantai serta mengibaskannya. Segera ganti linen yang tercemar/ terkena darah atau cairan tubuh (Depkes RI, 2009).

h. Kebersihan pernapasan dan etika batuk

Seseorang dengan gejala gangguan napas harus menerapkan langkah-langkah pengendalian sumber. Tutup hidung dan mulut saat batuk/bersin dengan tisu dan masker, serta membersihkan tangan setelah kontak dengan sekret saluran napas.

Fasilitas pelayanan kesehatan harus:

- 1) Menempatkan pasien dengan gejala gangguan pernapasan akut setidaknya 1 meter dari pasien lain saat berada di ruang umum jika memungkinkan.
- 2) Letakkan tanda peringatan untuk melakukan kebersihan pernapasan dan etika batuk pada pintu masuk fasilitas pelayanan kesehatan.
- 3) Pertimbangkan untuk meletakkan perlengkapan/ fasilitas kebersihan tangan di tempat umum dan area evaluasi pasien dengan gangguan pernapasan.

i. Kesehatan petugas

Petugas kesehatan yang merawat pasien penyakit menular melalui udara harus mendapatkan pelatihan mengenai cara penularan dan penyebaran, tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang sesuai protokol bila terpajan. Petugas yang tidak terlibat langsung dengan pasien harus diberikan penjelasan umum mengenai penyakit tersebut. (WHO, 2009).

Petugas kesehatan yang kemungkinan kontak dengan pasien penyakit menular melalui udara atau lingkungan yang terkontaminasi oleh virus, perlu melakukan langkah-langkah sebagai berikut.

- 1) Mendapat vaksinasi dengan vaksin flu musiman yang dianjurkan WHO sesegera mungkin.
- 2) Pengawasan terhadap suhu tubuh dua kali sehari. Bila demam, petugas kesehatan harus dibebaskan dari tugas merawat pasien dan menjalani uji diagnosis.

j. Pencegahan infeksi prosedur lumbal pungsi

Pencegahan dan pengendalian transmisi bakterial meningitis dan droplet orofaring masker harus dipakai klinisi saat melakukan lumbal pungsi, anaestesi spinal/epidural/pasang kateter vena sentral. Semua petugas harus mendapatkan pelatihan tentang pencegahan penyakit menular ketika melakukan prosedur tindakan tersebut.

3. Kewaspadaan standar berdasar transmisi

Diterapkan pada pasien dengan gejala/dicurigai terinfeksi atau kolonisasi kuman penyebab infeksi menular dengan tujuan memutus rantai penularan.

Kewaspadaan standar berdasar transmisi terdiri dari :

a. Kontak

- 1) Kontak langsung: pasien – petugas atau pasien – pasien
- 2) Kontak tidak langsung: Pasien/petugas – benda tercemar-petugas/pasien

b. Droplet:

b. Droplet:

Percikan dari orang terinfeksi patogen saluran pernafasan ketika batuk, bersin dan berbicara (large droplet) dengan ukuran kumannya $>5\mu\text{m}$ melayang di udara jatuh mengenai mukosa mata, hidung atau mulut yang ada pada jarak $< 1\text{m}$

c). Udara/*Airborne*

Patogen yang menyebar lewat batuk, bersin, berbicara, intubasi, suction, bronkoskopi. Kuman yang tersebar partikelnya kecil $< 5\mu\text{m}$ mengandung mikroba melayang/menetap di udara beberapa jam, ditransfer sebagai aerosol melalui aliran udara dalam ruangan /jarak lebih jauh dari 2 m (TBC, cacar air/varicella).

F. Pengetahuan dan Pelatihan

1. Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2007).

b. Tingkat Pengetahuan

Menurut Bloom (1956), ada enam tingkat pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif, yakni:

1). Tahu (*know*)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2). Memahami (*comprehension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3). Menerapkan (*application*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi yang sebenarnya.

4). Analisa (*analysis*)

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lainnya.

5). Sintesa (*synthesis*)

Menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesa adalah kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang ada.

6). Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek atau materi. Penilaian-penilaian ini didasarkan

pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

1). Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

2). Tingkat pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

3). Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif.

4). Fasilitas

Fasilitas-fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, televisi, majalah, koran, dan buku.

5). Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila seseorang berpenghasilan cukup besar, maka dia akan mampu untuk

6). Sosial budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

d. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkat domain di atas (Notoatmodjo, 2007). Penilaian-penilaian didasarkan pada suatu kriteria yang di tentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi. Menurut Nursalam 2008 kriteria untuk menilai dari tingkatan pengetahuan menggunakan nilai:

- 1). Tingkat pengetahuan baik bila skor atau nilai 76-100%
- 2). Tingkat pengetahuan cukup bila skor atau nilai 56-75%
- 3). Tingkat pengetahuan kurang bila skor atau nilai $\leq 56\%$ (Nursalam, 2008).

2. Pelatihan

a. Pengertian

Pelatihan merupakan proses secara sistematis bagi individu untuk mendapatkan dan mengembangkan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk kinerja yang lebih baik (Baron & Greenberg, 2000). Bernardin (2003) menyatakan bahwa pelatihan merupakan upaya untuk mengembangkan kinerja staf dalam pekerjaannya atau yang berhubungan

dengan pekerjaannya. George & Jones (2002) menyatakan bahwa pelatihan memiliki makna efektif untuk meningkatkan kemampuan karyawan.

Pelatihan merupakan bagian pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan keterampilan diluar sistem pendidikan yang berlaku dalam waktu yang relatif singkat. Keterampilan yang dimaksud dalam hal ini adalah keterampilan dalam berbagai bentuk antara lain physical skill, intelektual skill, social skill, dan managerial skill (Rivai dan Sagala, 2009). Pelatihan juga merupakan teknik yang dipilih untuk meningkatkan kualitas, efisiensi, dan kinerja staf.

Marquis & Huston (2006) mendefinisikan pelatihan sebagai metode yang terorganisir untuk memastikan bahwa individu memiliki pengetahuan dan keterampilan tertentu dan mereka memperoleh pengetahuan yang baik mengenai kewajiban dalam pekerjaannya. Pengetahuan tersebut dapat meningkatkan kemampuan afektif, motor dan kognitif sehingga akan diperoleh suatu peningkatan produktifitas atau hasil yang baik.

Baron & Greenberg (2000) menyatakan bahwa pelatihan digunakan untuk menyiapkan karyawan baru menghadapi tantangan dalam pekerjaannya. Pelatihan juga dapat meningkatkan keterampilan karyawan yang telah ada. Robbins (2003) menyatakan bahwa pelatihan merupakan sebuah model yang bertujuan untuk mengambil perhatian peserta terhadap apa yang dipelajari, mengembangkan motivasi, membantu peserta menerapkan apa yang telah mereka pelajari, memberikan kesempatan untuk mempraktekkan

perilaku yang baru, serta memberikan penghargaan positif terhadap prestasi karyawan.

Dessler (1997) menyatakan bahwa dewasa ini pelatihan tidak hanya ditujukan untuk mempersiapkan agar staf menjadi efektif, akan tetapi juga bertujuan untuk penguasaan dan penerapan tugas secara khusus. Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa program pengembangan staf melalui pelatihan dan pendidikan merupakan program yang efektif untuk meningkatkan produktifitas perawat.

Cahyono (2008) menyatakan bahwa dampak kegiatan kognitif yang diperoleh seseorang melalui pelatihan adalah berupa proses pengambilan keputusan yang semakin baik sehingga seseorang akan terhindar untuk melakukan kesalahan. Hal ini berarti bahwa kontribusi kegiatan kognitif karena pelatihan yang diikuti seseorang dapat juga berdampak pada penurunan potensi tuntutan karena pelanggaran kode etik, disiplin dan hukum.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa pelatihan merupakan proses sistematis dan terorganisir untuk mempengaruhi produktifitas, kinerja dan pekerjaan staf secara efektif serta penguasaan suatu hal yang khusus yang menjadi kewajiban dari pekerjaan yang dimiliki oleh staf.

b. Manfaat Pelatihan

Pelatihan secara umum berhubungan dengan proses belajar yang mengarah pada perubahan perilaku. Spence (1956, dalam Morrison, 1991) menyatakan bahwa teori belajar melalui pelatihan yang berorientasi pada perilaku dikembangkan untuk melakukan analisis formal dalam perubahan

perilaku tersebut. Terdapat dua metode prinsip dalam teori belajar yaitu instruksi verbal dan demonstrasi. Aspek penting pada kemampuan belajar ini terkait dengan bentuk hasil pengetahuan yang diberikan. Teori Law of Response by Analogy yang dikemukakan oleh Thorndike dalam Suryabrata (2008) menyatakan mengenai kecenderungan individu untuk bereaksi dan menampilkan respon terhadap hal tertentu yang dihadapinya. Reaksi yang terjadi dari intervensi pelatihan yang diberikan dapat diharapkan sebagai pendorong tercapainya kemampuan yang optimal.

Pengembangan staf yang sering dihubungkan dengan pelatihan mengarah pada adanya manfaat desain pembelajaran dalam pelatihan untuk membantu pertumbuhan staf. Pelatihan yang efektif adalah pelatihan yang mencakup dan mempertimbangkan pengalaman belajar, menjadi aktifitas terencana dari organisasi serta didesain sebagai respon terhadap suatu kebutuhan. Untuk itu seharusnya organisasi menawarkan program pelatihan yang bervariasi untuk menemukan dan memenuhi kebutuhan organisasi akan hal tersebut. Sejalan dengan hal ini Mc.Cutcheon et. al. (2006) merekomendasikan bahwa SDM keperawatan memiliki kebutuhan yang besar untuk mendapatkan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan dalam berbagai jenjang untuk mendukung penerapan keselamatan pasien diantaranya pelatihan kewaspadaan standar dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.

Pelatihan memiliki nilai kemanfaatan yang sangat besar baik dari aspek staf maupun organisasi. Rivai dan Sagala (2009) menyatakan bahwa transfer ilmu pengetahuan yang dipelajari oleh staf dalam pekerjaannya berhubungan dengan kinerja staf selanjutnya. Selain itu manfaat dari

pelatihan dan pengembangan terhadap organisasi adalah meningkatkan kualitas dan kuantitas output, menurunkan biaya limbah dan perawatan, menurunkan jumlah dan biaya kecelakaan, dan meningkatkan kepuasan kerja. Manfaat lain yang dapat diperoleh staf melalui pelatihan adalah berupa tanggung jawab dan prestasi yang lebih dapat diinternalisasi, meningkatnya pengetahuan, keterampilan dan sikap serta membantu menghilangkan rasa takut menghadapi tugas baru. Sikap yang lebih positif terhadap orientasi yang akan dicapai oleh organisasi dan sikap moral yang lebih baik juga dirasakan sebagai manfaat oleh organisasi.

Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa seseorang akan belajar lebih cepat jika mereka memperoleh informasi mengenai perkembangannya dalam proses belajar dengan pertimbangan bahwa individu perlu menyadari perkembangannya. Gillies (1994) menyatakan bahwa pembelajaran dalam pelatihan merupakan fenomena aktif daripada pasif. Hasil pembelajaran dalam pelatihan juga akan lebih efektif jika staf diberikan kesempatan untuk menerapkan fungsi tertentu.

Staf yang mendapatkan pelatihan perlu diberikan umpan balik atau hasil pengetahuan yang diperoleh dari pelatihan yang diterima agar staf dapat mengembangkan kinerjanya dengan lebih baik (Bernardin, 2003). Fakta yang ada memperlihatkan bahwa adanya pelatihan dipandang secara positif oleh staf. Bernardin (2003) menuliskan hasil survey yang menunjukkan rata-rata dua pertiga staf memandang bahwa pelatihan yang diterima staf bermanfaat dan membantu kinerja staf dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya.

c. Jenis Pelatihan

Jenis pelatihan yang dapat dikembangkan oleh organisasi dapat menjadikan prinsip belajar dalam pelatihan menjadi lebih efektif (Marquis & Huston, 2006; Rivai dan Sagala, 2009). Berikut merupakan metode yang dapat digunakan dalam pengembangan SDM berdasarkan teknik dan prinsip belajar yang terkandung dalam berbagai jenis pelatihan yaitu:

1). *On the job training*

On the job training merupakan pelatihan dengan instruksi pekerjaan dimana pekerja ditempatkan dalam situasi riil di bawah bimbingan staf yang berpengalaman atau seorang supervisor. Evaluasi dan umpan balik merupakan hal penting yang dilakukan oleh supervisor agar pekerja pada akhirnya dapat melakukan pekerjaannya dengan baik. Bentuk lain dari *On the job training* adalah rotasi kerja dan magang. Rotasi kerja merupakan suatu teknik pelatihan dimana peserta pelatihan dipindahkan dari tempat kerja yang satu ke tempat kerja lainnya. Partisipasi peserta pelatihan dan tingkat transfer pekerjaan yang tinggi merupakan manfaat belajar dalam rotasi kerja yang efektif.

Jika dibandingkan dengan rotasi kerja maka magang merupakan program yang memiliki aspek rancangan kurang begitu cermat dibandingkan dengan rotasi kerja. Magang ditangani oleh supervisor atau manajer dan bukan oleh departemen SDM. Walaupun demikian, partisipasi, umpan balik dan transfer pekerjaan lebih tinggi dalam jenis pelatihan ini.

2). *Off the job training*

Beberapa pendekatan yang tercakup dalam off the job training antara lain adalah ceramah kelas, case study, simulasi, praktek laboratorium, role playing dan behavior modeling. Berikut merupakan penjelasan terkait hal tersebut yaitu:

a). Ceramah Kelas

Ceramah merupakan pendekatan yang sering digunakan karena mengandalkan komunikasi daripada memberi model. Umpan balik dan partisipasi peserta dengan metode ini dapat meningkat dengan adanya diskusi selama ceramah.

b). *Case Study*

Metode kasus adalah metode pelatihan yang menggunakan deskripsi tertulis dari suatu permasalahan riil yang dihadapi oleh perusahaan atau perusahaan lain. Identifikasi masalah, memilih solusi dan mengimplementasikan solusi tersebut merupakan proses yang dikelola agar staf dapat mengambil keputusan melalui pengembangan keahlian dalam pengambilan keputusan.

c). Simulasi

Simulasi dilakukan dengan melibatkan simulator yang mengandalkan aspek-aspek utama dalam situasi kerja. Pelatihan dengan menggunakan teknik ini umumnya digunakan untuk melatih staf karena tidak diperkenalkannya trial dan error dalam pengambilan keputusan.

d). *Praktek Laboratorium*

Pelatihan dengan pendekatan praktek di laboratorium dirancang untuk meningkatkan keterampilan interpersonal. Selain itu juga dapat digunakan untuk membangun perilaku yang diinginkan untuk tanggung jawab staf selanjutnya.

Pengalaman berbagi perasaan, perilaku, persepsi dan reaksi merupakan hasil pelatihan dengan pendekatan ini.

e). *Role playing*

Role playing adalah metode pelatihan yang merupakan perpaduan antara metode kasus dan pengembangan sikap. Masing-masing peserta dihadapkan pada suatu situasi dan diminta untuk memainkan peranan dan bereaksi terhadap peserta yang lain. Kesuksesan metode ini tergantung pada kemampuan peserta untuk memainkan peranannya sebaik mungkin.

f). *Behavior Modeling*

Metode ini memungkinkan suatu proses psikologis dengan pembentukan pola baru dan meninggalkan pola lama. Proses belajar terjadi melalui observasi dan imajinasi melalui pengalaman orang lain dalam rangka meningkatkan keahlian interpersonal.

G. Karakteristik Perawat

1. Umur

Semakin panjang umur seseorang, ia semakin cenderung menunjukkan kematangan jiwa atau kedewasaan. Dalam bertindak ia semakin lebih rasional dan kurang emosional. Artinya, semakin panjang umur seseorang, diharapkan ia semakin bijaksana dan semakin bertanggung jawab dalam interaksinya dengan orang-orang lain (Siagian, 1999). Seiring dengan bertambahnya umur akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik (Djaali, 2007).

Menurut Dessler (2004), umur produktif terbagi beberapa tahap yaitu pada umur 25 tahun yang merupakan awal individu berkarir, umur 25 – 40 tahun merupakan tahap penentu bagi seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai dengan karir, dan umur 40 tahun merupakan puncak karir dan umur diatas 40 tahun mulai terjadi penurunan karir.

Chan (2009) menyatakan bahwa umur perawat berhubungan secara signifikan dengan pengetahuan perawat. Selain itu Nuryanti (2011) yang membuktikan bahwa umur juga dapat dihubungkan dengan motivasi untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan, dimana perawat yang berumur kurang dari 30 tahun menunjukkan motivasi yang lebih tinggi dibandingkan dengan perawat yang berumur lebih dari 30 tahun. Karyawan yang umurnya lebih tua kondisi fisiknya kurang, tetapi bekerja ulet, tanggung jawabnya besar, serta absensi dan turnover-nya rendah. Karyawan muda umumnya mempunyai fisik yang lebih kuat, dinamis, dan kreatif, tetapi cepat bosan, kurang bertanggung jawab, cenderung absensi, dan turnover-nya tinggi (Hasibuan, 2005).

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin harus diperhatikan berdasarkan sifat pekerjaan, waktu mengerjakan, dan peraturan perburuhan (Hasibuan, 2005). Tidak terdapat perbedaan yang konsisten pada pria dan wanita dalam hal kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, pendorong persaingan, motivasi, sosiabilitas, atau kemampuan belajar (Robbins, 2006). Hal yang sama dikemukakan oleh Siagian (1999), bahwa tidak ada bukti ilmiah yang konklusif yang menunjukkan ada perbedaan-perbedaan nyata antara pria dan wanita dalam berbagai segi kehidupan organisasi seperti kemampuan dalam memecahkan

masalah, kemampuan analitik, dorongan, dan kepemimpinan atau kemampuan bertumbuh dan berkembang secara intelektual. Memang tidak dapat dipungkiri bahwa secara kodrati ada perbedaan-perbedaan itu. Perbedaan-perbedaan kodrati itu memang dapat tercermin pada berbagai bentuk penugasan. Juga tercermin pada produktivitas, tingkat kemangkiran, kepuasan maupun keinginan pindah pekerjaan.

3. Lama Kerja

Semakin lama seseorang berada dalam pekerjaan, akan semakin berpengalaman, pengalaman sebagai sumber pengetahuan dan merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali sehingga pengetahuan dapat memecahkan masalah yang dihadapi di masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan akan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya (Notoatmodjo, 2007). Dipertegas oleh penelitian Chan (2009) yang menyatakan bahwa pengalaman kerja perawat secara signifikan berhubungan dengan pengetahuan perawat untuk melakukan hal-hal yang berhubungan dengan pekerjaannya.

4. Status Perkawinan

Siagian (2006) menyatakan bahwa status perkawinan berpengaruh terhadap perilaku karyawan dalam kehidupan organisasinya, baik secara positif maupun negatif. Hubungan spesifik antara pengetahuan dan status pernikahan

secara langsung dari berbagai literatur belum pernah ditemukan. Akan tetapi berkaitan dengan status pernikahan Cherniss (1980, dalam Gunawan & Wibowo, 2004) menyatakan bahwa status pernikahan merupakan salah satu faktor dalam kehidupan individu diluar pekerjaan yang dapat mempengaruhi reaksi atau perilaku individu yang berhubungan dengan pekerjaan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Indraswati (2008) menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan pengetahuan perawat setelah mengikuti pelatihan. Hal ini berarti bahwa jika dihubungkan dengan aspek tanggung jawab seseorang terhadap pekerjaannya maka dalam penelitian ini perlu dibuktikan mengenai hubungan status pernikahan dengan pemahaman perawat tentang suatu hal yang berhubungan dengan pekerjaannya.

5. Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu indikator yang mencerminkan kemampuan seseorang untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan. Dengan latar belakang pendidikan seseorang dianggap mampu menduduki suatu jabatan tertentu (Hasibuan, 2005). Menurut Siagian (1999), semakin rendah tingkat pendidikannya, semakin rendah pula tingkat kognitifnya yang cenderung mengakibatkannya melihat sesuatu secara simplistik.

6. Jabatan

Jabatan ialah sekumpulan pekerjaan (*job*) yang berisi tugas-tugas yang sama atau berhubungan satu dengan yang lain, dan yang pelaksanaannya meminta kecakapan, pengetahuan, keterampilan dan kemampuan yang juga sama meskipun

tersebar di berbagai tempat (Moekiat, 1998). Perawat yang berkedudukan sebagai kepala ruangan dan memiliki sertifikasi PPI merupakan kriteria IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*), mempunyai kemampuan *leadership*, inovatif dan *convident* serta komitmen di bidang pencegahan dan pengendalian infeksi. PPI dikelola dan diintegrasikan antara struktural dan fungsional semua departemen /instalasi /divisi/ unit di rumah sakit (depkes, 2009).

H. Kerangka Teori

Pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar) merupakan salah satu fungsi pengendalian manajemen oleh seorang manajer, pengendalian setiap Kepala Ruangan atau Katim memberikan keselamatan pasien dan staf terhadap memutus mata rantai penularan penyakit dengan menjalankan fungsi pengawasan dibawah tanggung jawabnya. (Depkes RI, 2009), kebijakan manajemen terhadap sebelas kewaspadaan standar (*standard precaution*) yaitu : 1) cuci tangan, 2) penggunaan alat pelindung diri, 3) dekontaminasi, 4) pengendalian lingkungan dan limbah, 5) penanganan linen, 6) Perlindungan kesehatan karyawan, 7) penanganan peralatan pasien, 8) Penempatan pasien, 9) etika batuk, 10) penggunaan jarum suntik dan benda tajam, 11) pencegahan infeksi pada prosedur lumbal pungsi. George & Jones (2002) menyatakan bahwa pelatihan memiliki makna efektif untuk meningkatkan kemampuan karyawan. Sedangkan pengetahuan menurut (Notoatmodjo, 2007), merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang, sementara keterampilan adalah merupakan praktik atau tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan. (Notoatmodjo, 2007). Bagan kerangka teori sebagaimana berikut :

Gambar 2.3
Kerangka Teori Penelitian



Sumber : Modifikasi teori Notoatmodjo (2007). Depkes (2009)

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

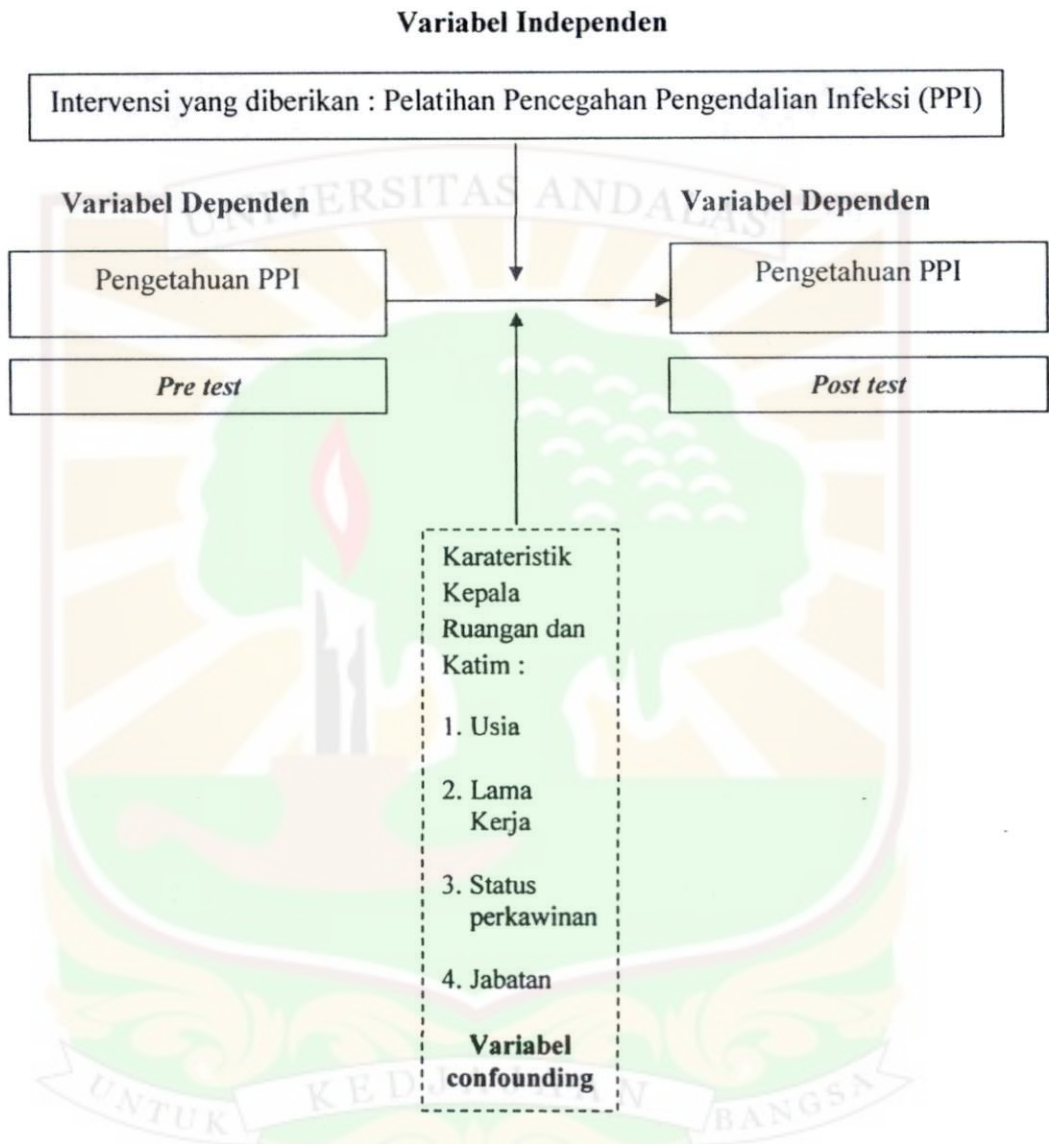
Bab ini menguraikan kerangka konsep penelitian, hipotesis dan definisi operasional. Uraian tersebut diperlukan sebagai acuan peneliti saat melakukan penelitian.

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah kerangka kerja penelitian yang diambil dari kerangka teori penelitian. Penerapan PPI (Kewaspadaan Standar) diharapkan untuk memutus mata rantai penularan penyakit sehingga mampu memberikan pelayanan yang bermutu, akuntabel dan transparan terhadap pasien. Depkes RI (2009), mendefinisikan kewaspadaan standar (*standard precaution*) adalah tindakan yang dirancang untuk mengurangi resiko penularan mikroorganisme di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan, baik dari sumber infeksi yang diketahui maupun yang tidak diketahui. Penerapan kewaspadaan standar cara yang sangat efektif untuk mencegah penyebaran infeksi, memutus mata rantai penularan yang bertujuan melindungi pasien, petugas kesehatan serta pengunjung dari penularan infeksi.

Pada penelitian ini kerangka konsep dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan penelitian yaitu sebagai variabel dependen adalah pengetahuan tentang PPI (Kewaspadaan Standar) dan variabel independen adalah pelatihan tentang PPI (Kewaspadaan Standar), karakteristik perawat (usia, status perkawinan, lama kerja dan jabatan) sebagai variabel perancu.

Berdasarkan uraian di atas maka variabel yang dipilih dalam penelitian ini adalah sebagaimana yang tercantum dalam kerangka konsep penelitian pada gambar 3.1



Gambar. 3.1.
Kerangka Konsep Penelitian

B. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep penelitian maka hipotesis yang diambil adalah :

1. Hipotesis Mayor

Ada efektifitas pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi terhadap pengetahuan perawat mengenai pencegahan dan pengendalian infeksi di RSI Ibnu Sina dan Siti Rahmah Padang tahun 2013

2. Hipotesis Minor

- a. Ada perbedaan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi sebelum mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.
- b. Ada perbedaan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi setelah mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.
- c. Ada peningkatan pengetahuan perawat mengenai pencegahan pengendalian infeksi setelah mendapatkan pelatihan pada kelompok eksperimen.
- d. Ada hubungan antara umur perawat dengan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi.
- e. Ada hubungan antara lama kerja perawat dengan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi.
- f. Ada hubungan antara status pernikahan perawat dengan pengetahuan perawat tentang pencegahan dan pengendalian infeksi.
- g. Ada hubungan antara jabatan perawat dengan pengetahuan perawat tentang pencegahan dan pengendalian infeksi.

C. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang memberikan penjelasan atas suatu variabel dalam bentuk yang dapat diukur. Definisi operasional memberikan informasi yang diperlukan untuk mengukur variabel yang akan diteliti yaitu variabel independen, dan variabel perancu (Kountur, 2003). Variabel independen penelitian ini yaitu perlakuan berupa pemberian pelatihan mengenai pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar) terhadap perawat. Sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah pengetahuan perawat pada penerapan pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar). Definisi operasional secara rinci adalah sebagaimana yang tercantum dalam Tabel 3.1.

Tabel. 3.1.
Definisi Operasional Penelitian

Variabel/Sub variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel dependen					
Pengetahuan tentang PPI	Kemampuan perawat secara kognitif untuk menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar tentang konsep PPI	Kuisisioner B yang terdiri dari 30 pertanyaan dan kuesisioner C 6 pertanyaan <i>pre dan post tes</i>	Mengisi kuisisioner dengan pilihan jawaban ganda a, b, c, d, dan e saat serta tanda \checkmark pada kuesisioner C <i>pre dan post test</i>	Jumlah nilai dari item pertanyaan dalam <i>pre dan post test</i> yang dijabarkan dalam <i>mean, median, standar deviasi, serta nilai minimum & maksimum dengan CI 95%</i>	Interval

Variabel/Sub variabel Variabel Independen	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Pelatihan PPI(Kewaspadaan Standar)	Kegiatan yang diselenggarakan sesuai dengan materi pelatihan tentang PPI (Kewaspadaan Standar) yang bertujuan untuk memberikan informasi tentang PPI (Kewaspadaan Standar) kepada perawat	Modul pelatihan tentang PPI (Kewaspadaan Standar)	Melaksanakan pelatihan sesuai tahapan yaitu persiapan, pelaksanaan, dan penutupan	Pelaksanaan kegiatan	
Variabel/Sub variabel Variabel Confounding	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Umur	Umur responden yang dihitung sejak tanggal lahir hingga ulang tahun terakhir	Kuesioner A mengenai Karakteristik Responden	Mengisi umur dalam kuesioner	Jumlah tahun sejak lahir sampai mengisi kuesioner penelitian	Rasio
Lama Kerja	Jumlah tahun yang menunjukkan lamanya responden telah bekerja yang dihitung sejak pertama kali responden bekerja sampai	Kuesioner A mengenai Karakteristik Responden	Mengisi lama kerja dalam kuesioner	Jumlah tahun sejak masuk kerja sampai mengisi kuesioner penelitian	Rasio

	dengan penelitian dilakukan.				
Status Pernikahan	Status perkawinan yang dimiliki oleh responden yang sah secara hukum, agama dan negara.	Kuesioner A mengenai Karakteristik Responden	Mengisi Status pernikahan dalam kuesioner	1. Menikah 2. Tidak menikah	Nominal
Jabatan	Status jabatan yang dimiliki oleh responden yang sah secara pengangkatan jabatan	Kuesioner A mengenai Karakteristik Responden	Mengisi Status jabatan	1. Jabatan 2. Tidak jabatan	Nominal



BAB IV

METODE PENELITIAN

Bab ini ini menjelaskan tentang rancangan penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, rencana analisis data.

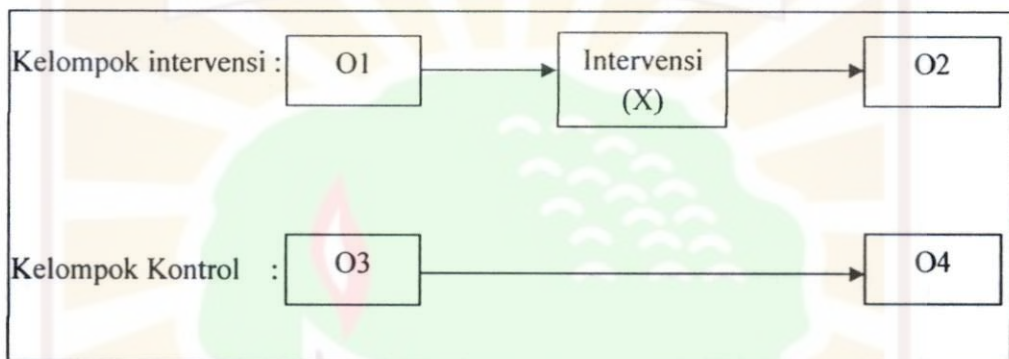
A. Rancangan penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *Quasi Experiment* dengan pendekatan *pretest-posttest with control group design* untuk mengukur efektifitas pelatihan pencegahan pengendalian infeksi yang diberikan pada perawat terhadap pengetahuan perawat mengenai pencegahan pengendalian infeksi. Pendekatan *pretest-posttest with control group design* digunakan untuk melihat efektifitas perlakuan melalui perbedaan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol (Pollit & Hungler, 1999: Watson, McKenna, Cowman & Keady, 2008: Arikunto, 2009).

Pendekatan *pretest-posttest non equivalent control group design* merupakan desain eksperimen semu pada desain ini kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol tidak dipilih secara random (Sugiyono, 2012: 79). Menurut Notoadmojo (2010), pendekatan *pretest-posttest control group design* atau desain eksperimen semu berupa *non equivalent control group* pada dasarnya merupakan desain penelitian yang diterapkan pada kondisi yang lebih memungkinkan untuk membandingkan dengan kelompok kontrol serupa tetapi tidak perlu dengan kelompok yang benar-benar sama dan kelompok yang diberi intervensi pada desain penelitian ini tidak mungkin sama betul dengan

kelompok kontrol (hal 62). Hasil pretest dan posttest dari penelitian ini sangat penting untuk melihat adanya efektifitas *variabel independent* terhadap *variabel dependent*. Rancangan penelitian untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada skema dibawah ini:

Gambar 4.1
Desain Penelitian Menggunakan Pendekatan
Pretest-posttest Control Group Design



Keterangan:

O1: Pengetahuan perawat sebelum diberikan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi pada kelompok intervensi

O2: Pengetahuan perawat setelah diberikan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi pada kelompok intervensi.

O3: Pengetahuan perawat sebelum diberikan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi pada kelompok kontrol.

O4: Kemampuan perawat setelah pelatihan pencegahan pengendalian infeksi pada kelompok kontrol.

X : Pemberian pelatihan pencegahan pengendalian infeksi

$X1 : O2 - O1$ = Perubahan atau deviasi pengetahuan perawat pada kelompok eksperimen sebelum dan setelah pelatihan pencegahan pengendalian infeksi

$X2 : O4 - O3$ = Perbedaan pengetahuan perawat pada kelompok kontrol sebelum dan setelah pelatihan pencegahan pengendalian infeksi dilakukan pada kelompok eksperimen

$X3 : O1 - O3$ = Kesamaan pengetahuan perawat sebelum dilakukan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

$X4 : O2 - O4$ = Perbedaan pengetahuan perawat antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah dilakukan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas; obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2012).

Ariawan (1998), menyatakan bahwa populasi merupakan kumpulan individu dimana hasil suatu penelitian akan dilakukan generalisasi. Sementara Sastroasmoro (2010), menyatakan populasi adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu. Berdasarkan beberapa pengertian tersebut maka populasi target dalam penelitian ini mengambil seluruh perawat rawat inap yang

ada di RSI Ibnu Sina Padang yaitu 60 orang dan RSI Siti Rahmah 60 orang dengan distribusinya :

Tabel 4.1 Jumlah Perawat Rawat Inap RSI Ibnu Sina Padang Tahun 2013

No.	Ruangan rawat inap	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Shafa	17	28,3
2.	Arafah	12	20,0
3.	Marwah	14	23,4
4.	Zamzam	17	28,3
Jumlah		60	100

Sumber : Data sekunder RSI Ibnu Sina 2013

Tabel 4.2 Jumlah Perawat Rawat Inap RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2013

No.	Ruangan rawat inap	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Shafa	12	20,0
2.	Minza	14	23,3
3.	Marwah	13	21,7
4.	Perinatalogi	10	16,7
5.	Arafah	11	18,3
Jumlah		60	100

Sumber : Data sekunder RSI Siti Rahmah 2013

Selanjutnya populasi tersebut diolah menggunakan rumus Yamane (dalam Rakhmat 2004: 82) untuk menentukan jumlah sampel. Alasan menggunakan rumus tersebut adalah untuk mendapatkan sampel yang representatif dan lebih pasti atau mendekati populasi yang ada rumus Yamane adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

e = Presisi- 5% dengan tingkat kepercayaan 95%

Berdasarkan hasil perhitungan diatas maka diperoleh jumlah sampel kelompok eksperimen dan kelompok kontrol masing-masing 52 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2012). Sementara Sastroasmoro (2010), sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya. Sampel yang diambil dalam penelitian ini dilakukan dengan mempertimbangkan kriteria inklusi yang ditetapkan terhadap populasi pada RSI Yarsi Padang dan RSI Siti Rahmah Padang.

Pertimbangan dalam penelitian ini berfokus pada tercapainya homogenitas dengan mengurangi atau mengontrol *variabel confounding* yang mungkin mempengaruhi hasil pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol. Sampel dalam penelitian nanti berdasarkan penjelasan di atas adalah seluruh perawat rawat inap yang bekerja di RSI Yarsi Padang selaku kelompok eksperimen dan perawat rawat inap yang bekerja di RSI Siti Rahmah Padang selaku kelompok kontrol.

Jumlah responden yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel *Proportional Random Sampling*, yaitu suatu teknik pengambilan sampel secara acak dengan jumlah yang proporsional untuk setiap sub populasi sesuai dengan ukuran populasinya (Sugiono, 2004: 59; Sekaran, 2003:272). Adapun rumus pengambilan sampel pada setiap rawat inap adalah (Ridwan, 2004:11, 18):

$$n_1 = \frac{N_1 \cdot n}{N}$$

Keterangan :

n_1 = Jumlah sampel menurut rawat inap

n = Jumlah sampel seluruhnya

N_1 = Jumlah populasi menurut rawat inap

N = Jumlah populasi seluruhnya

Penyebaran sampel dan gambaran populasi berdasarkan strata yang telah ditetapkan untuk kelompok eksperimen dan kelompok kontrol tertera pada tabel 4.3 dan tabel 4.4 sedangkan penetapan responden yang akan dijadikan obyek penelitian dilakukan dengan cara pengundian.

Tabel 4.3. Jumlah Populasi dan Sampel RSI Ibnu Sina Padang Tahun 2013

No	Ruang Rawat Inap	Populasi	Sampel
1.	Shafa	17	14
2.	Arafah	12	11
3.	Marwah	14	12
4.	Zamzam	17	14
Jumlah		60	52

Sumber : Data sekunder RSI Ibnu Sina diolah 2013

Tabel 4.4. Jumlah Populasi dan Sampel RSI Siti Rahmah Tahun 2013

No	Ruang Rawat Inap	Populasi	Sampel
1.	Shafa	12	10
2.	Minza	14	13
2.	Marwah	13	12
3.	Perinatalogi	10	8
4.	Arafah	11	9
Jumlah		60	52

Sumber : Data sekunder RSI Siti Rahmah diolah 2013

a. Kriteria sampel

Kriteria sampel terdiri dari inklusi dan eksklusi

Inklusi tersebut adalah :

- 1). Tidak sedang cuti hamil / melahirkan/ tahunan
- 2). Tidak sedang mengikuti pendidikan/pelatihan yang meninggalkan tugasnya di rumah sakit
- 3). Tidak sedang menghadapi masa persiapan pensiun
- 4). Bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini yang dibuktikan dengan surat kesediaan menjadi responden.

Kriteria eksklusi adalah : perawat masa kerja kurang 1(satu) tahun.

Berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan hanya 36 orang yang memenuhi, terdiri dari 10 kepala ruangan / ketua tim dan 26 orang perawat pelaksana untuk kelompok eksperimen dan kelompok kontrol juga 36 orang yang terdiri dari 13 orang kepala ruangan / ketua tim serta 23 orang perawat pelaksana.

C. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSI Ibnu Sina Padang dan RSI Siti Rahmah Padang, dimana perawat pada RSI Ibnu Sina Padang sebagai kelompok eksperimen dan RSI Siti Rahmah Padang sebagai kelompok kontrol. Instalasi yang akan digunakan adalah instalasi gawat darurat dan rawat inap . RSI Ibnu Sina Padang dan RSI Siti Rahmah akan dijadikan sebagai tempat penelitian dengan pertimbangan bahwa kedua rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit swasta islam yang ada di kota Padang. Selain itu kedua rumah sakit tersebut juga merupakan rumah sakit yang dalam persiapan akreditasi versi

2012 (KARS) , akreditasi tersebut elemen-elemennya mengadopsi persyaratan akreditasi rumah sakit versi internasional, seperti contoh JCI (*Joint Commision International*) dan juga merupakan rumah sakit yang selalu melakukan peningkatan spesifikasi layanan dan peralatan sehingga RSI Ibnu Sina dan RSI Siti Rahmah dituntut untuk selalu berbenah dan meningkatkan komitmen dalam memberikan pelayanan yang berkualitas khususnya yang berhubungan dengan keselamatan pasien terutama pencegahan infeksi.

D. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada 23-24 Mei 2013, Proses perijinan untuk melaksanakan penelitian ini dikeluarkan pada 29 April 2013. Pengambilan data pre test dilakukan pada 23 Mei 2013, pelaksanaan pelatihan dilakukan pada 23 - 24 Mei 2013 dan pengambilan data post test dilakukan pada 24 Mei 2013.

E. Etika Penelitian

Penerapan etika penelitian sangat penting terutama jika subjek penelitian itu adalah manusia. Prinsip etika penelitian yang diterapkan oleh peneliti pada penelitian ini yaitu: *informed consent, anonimity, confidentiality, beneficence dan justice.*

1. Informed consent.

Sebelum melakukan penelitian, peneliti menjelaskan terlebih dahulu kepada responden mengenai tujuan dan manfaat penelitian setelah dijelaskan, responden menyetujui berpartisipasi dalam penelitian ini dengan pernyataan

menandatangani formulir *informed consent* (persetujuan penelitian), tetapi jika responden nanti tidak menyetujui, peneliti tidak akan memaksa responden.

2. *Anonymity*

Identitas responden dalam pengisian kuisioner dan lembar observasi akan ditulis dengan initial saja, hal ini dilakukan untuk tetap menjaga kerahasiaan responden.

3. *Confidentiality*

Selama pengumpulan data nanti, peneliti akan menjaga kerahasiaan responden dengan tidak mencantumkan nama, tetapi hanya memberikan kode pada kuesioner dan lembar observasi.

4. *Beneficence*

Penelitian ini memberikan manfaat pada responden dan Rumah Sakit. Responden mendapatkan pengetahuan, keterampilan dalam mencegah dan mengendalikan infeksi di Rumah sakit setelah dilakukan intervensi pelatihan pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar).

5. *Justice*

Pada penelitian ini responden dibedakan atas dua kelompok yaitu responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kedua kelompok responden ini mendapatkan pelatihan tentang pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan satandar), hanya dibedakan waktu pemberian intervensinya saja. Kelompok intervensi diberikan pelatihan tentang pencegahan pengendalian infeksi

(kewaspadaan standar) setelah pre test, sedangkan kelompok kontrol diberikan pelatihan tentang pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar) setelah dilakukan post test.

F. Alat pengumpulan Data

Data yang akan dikumpulkan oleh peneliti adalah yang berhubungan dengan variabel dependen dan variabel *confounding* dengan menggunakan kuesioner. Sedangkan variabel independen dalam penelitian ini akan dikembangkan oleh peneliti dalam bentuk modul pelatihan bagi perawat yaitu pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar).

Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah kuisisioner. Kuisisioner yang digunakan adalah kuisisioner terstruktur yang berisi pertanyaan secara teori yang dijawab oleh responden. Kuisisioner ini terdiri dari 3 (tiga) bagian yaitu data tentang demografi responden, data mengenai pengetahuan. Kuisisioner untuk pengetahuan terdiri 36 pertanyaan dengan pilihan jawaban a, b, c, d, e, dan 6 pertanyaan dengan pembobotan 1 sampai 4.

Kuisisioner penelitian telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas sebelum penelitian. Validitas adalah sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data sedangkan reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Tujuan uji validitas dan reabilitas ini adalah untuk mengetahui kendala atau hambatan dalam menjawab kuisisioner dari instrumen yang digunakan. Uji validitas kuesioner dilakukan dengan teknik

korelasi *Pearson product moment* untuk pertanyaan yang menggunakan skala/skor butir *kontinum* sedangkan butir Dis- *kontinum* menggunakan *koefisien korelasi biseral* dan uji reliabilitas dilakukan dengan uji *Cronbach alpha* (Hastono, 2007). Uji validitas dan reliabilitas kuesioner dilakukan pada 10 orang responden (Norwood, 2000).

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner ini dilakukan pada perawat di RSI Siti Rahamah. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan dengan cara memberikan kuisiomer mengenai pengetahuan dan keterampilan pada 10 orang responden. Pertanyaan untuk pengetahuan ada 36 pertanyaan kuesioner B dan 6 pertanyaan kuesioner C, dari pertanyaan tersebut diharapkan didapatkan adanya pernyataan yang nilainya $r \text{ hitung } (r \text{ pearson}) \geq r \text{ tabel}$; artinya pertanyaan valid. Uji reliabilitas dilakukan setelah dilakukan uji validitas dan hasil uji reliabilitas dengan teknik uji *Cronbachch'Alpha* diharapkan nilainya \geq konstanta (0,6) maka semua pernyataan dinyatakan valid.

Tabel 4.5
Hasil Validitas dan Reliabilitas Uji Coba Instrumen B Penelitian

Variabel	Jumlah Semula	Item yang Dikeluarkan	Jumlah setelah uji coba	Validitas	Reliabilitas
Pengetahuan PPI	36	13, 14,16, 17,18,19 20	30	0.32– 0.92	0.32-0,42

Tabel 4.6
Hasil Validitas dan Reliabilitas Uji Coba Instrumen C Penelitian

Variabel	Jumlah Semula	Item yang Dikeluarkan	Jumlah setelah uji coba	Validitas	Reliabilitas
Pengetahuan PPI	6	-	6	0.680– 0.954	0.933

G. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan dalam 3 tahap :

1. Persiapan

- a. Peneliti membuat permohonan penelitian dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas ke Direktur Utama RSI Ibnu Sina Padang dengan tembusan kepada Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian, Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Instalasi Rawat Inap dan Kepala Instalasi Rawat Gawat Darurat RSI Ibnu Sina Padang.
- b. Peneliti melakukan presentasi rencana penelitian di jajaran Instalasi Rawat Inap dan Instalasi Unit Gawat Darurat setelah ada izin penelitian dari Direktur RSI Ibnu Sina Padang. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian, manfaat, prosedur penelitian dan intervensi yang diberikan yaitu pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar).
- c. Peneliti dibantu oleh 1 (satu) orang asisten peneliti dalam pengumpulan data. Asisten peneliti adalah pengelola perawat (PP) ruangan dengan kriteria pendidikan D-III Keperawatan dengan masa kerja lebih dari 5 tahun (sedang izin belajar) dan paham dengan pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar) Asisten penelitian mempunyai tugas membantu

pengambilan data dengan memberikan kuisisioner kepada responden, memeriksa kelengkapan jawaban dalam kuisisioner.

- d. Peneliti menyamakan persepsi dengan asisten peneliti mengenai cara pengisian kuisisioner. Kuisisioner mengenai data demografi, pertanyaan pengetahuan diisi dengan cara memberi tanda centang (✓) pada jawaban responden.

Asisten peneliti memeriksa kelengkapan jawaban dan pertanyaan yang diisi responden. Jawaban yang dikosongkan, asisten peneliti mengklarifikasi kembali pada responden dan responden tidak tahu jawaban yang benar, responden dapat mengisinya menurut keinginannya. Asisten peneliti tidak memberikan arahan jawaban pertanyaan.

2. Pelaksanaan Intervensi

Kegiatan intervensi yang dilakukan yaitu dengan mengadakan pelatihan Pencegahan pengendalian infeksi terhadap perawat di ruang rawat inap Shafa, arafah, marwah dan zamzam RSI Ibnu Sian Padang terdiri dari 36 peserta. Peserta terdiri dari perwakilan masing-masing ruangan. Perawat yang mengikuti pelatihan diprioritaskan perawat yang mendapat jadwal shift libur dan malam, karena dikhawatirkan mengganggu pelayanan pada pasien di ruangan. Pelatihan dilakukan selama dua hari yaitu dimulai dari tanggal 23-24 Mei 2013, Kegiatan pelatihan dimulai dari pukul 08.00-10.30 WIB karena 30 menit sebelumnya diadakan pre test terhadap pengetahuan yaitu mulai dari pukul 7.30 WIB.

Pada sesi pertama, diberikan materi tentang konsep dasar pencegahan pengendalian infeksi. Adapun metode pelatihan yang digunakan yaitu ceramah

dan diskusi, yang memungkinkan perawat mendapat penjelasan tentang materi pelatihan untuk selanjutnya dibuka forum diskusi untuk mendiskusikan hal-hal yang dianggap kurang dimengerti oleh peserta. Pada sesi kedua pada hari yang sama, kelompok yang sama melakukan demonstrasi penerapan pencegahan pengendalian infeksi. Pada kegiatan demonstrasi terdiri dari penerapan cuci tangan, penggunaan alat pelindung diri, *recapping spuit one handle hand*, penempatan pasien, dan pertolongan pasca pajanan.

Post Test Penilaian terhadap pengetahuan perawat sesudah diberi pelatihan, dilakukan pada akhir sesi pelatihan. *Post test* terhadap tingkat pengetahuan perawat berlangsung sesuai dengan jadwal pelatihan yaitu dari pukul 10.30-11.15 WIB. Penilaian tingkat pengetahuan perawat sesudah pelatihan dilakukan oleh peneliti dan asisten peneliti. Keesokan harinya peneliti mendatangi perawat keruang masing-masing untuk *sharing* pengetahuan tentang PPI jika masih ada keraguan dalam pemahaman materi yang disampaikan pada saat pelatihan. Responden kelompok kontrol di RSI Siti Rahmah diberikan pelatihan PPI (kewaspadaan standar) setelah *post test*. *Post test* dilakukan untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan menggunakan kuisioner yang sama.

3. Evaluasi

Peneliti mengevaluasi penerapan PPI (kewaspadaan standar) pada responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah melakukan keseluruhan proses penelitian selesai.

H. Pengolahan Data dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan pada tanggal 27 Mei 2013, berdasarkan data yang telah didapatkan dari responden. Adapun tahap-tahap pengolahan data yang dilakukan peneliti (Hastono, 2007) adalah *editing*, *coding*, *processing*, dan *cleaning*.

Pengolahan data pada penelitian ini menggunakan langkah-langkah sebagai berikut:

a. *Editing*

Proses ini merupakan proses dimana dilakukan pengecekan kelengkapan, kejelasan dan kesesuaian jawaban responden agar data dapat diolah dengan baik. Hasil editing menunjukkan tidak ada data yang tidak terisi, jumlah lembar jawaban sesuai dengan jumlah perawat yang mengikuti pelatihan, serta ada kesesuaian pada kode responden.

b. *Coding*

Peneliti melakukan proses coding yaitu merubah data dalam bentuk huruf menjadi data yang berbentuk bilangan atau angka untuk mempermudah memasukkan data ke program komputer. Pelaksanaannya adalah peneliti memberi kode pada setiap jawaban dari kuesioner B pengetahuan yang ada dengan menggunakan angka (0 = salah dan 1 = benar)

c. *Processing*

Processing merupakan kegiatan memproses data dengan melakukan analisa terhadap data yang ada. Peneliti meng-entry semua pertanyaan dari kuesioner yang telah terisi dengan benar, lengkap dan telah diberi kode.

d. *Cleaning*

Pengecekan atau pemeriksaan kembali terhadap kemungkinan kesalahan pada saat memasukan data-data kedalam komputer. Memastikan kembali bahwa data telah bersih dari kesalahan yang selama pemberian kode maupun pemberian skor. Hasil pengecekan dari tahap ini adalah semua data bersih dan tidak ada *missing* data.

2. Analisis Data

Tahap dari analisis data adalah melakukan analisis terhadap data yang telah ada dengan menggunakan program komputerisasi. Analisis yang dilakukan meliputi analisis univariat dan bivariat. Rincian dari analisis yang dilakukan adalah sebagai berikut:

a. Analisis Univariat

Analisis univariat meliputi :

- 1) Karakteristik perawat disajikan sesuai data, yaitu data numerikal dan kategorikal. Data numerikal meliputi umur dan lama kerja digunakan nilai mean, median, modus dan standar deviasi. Data kategorikal terdiri dari status perkawinan dan jabatan dilakukan dengan menjelaskan angka/nilai, jumlah dan presentase masing-masing kelompok. Pada penelitian yang dilakukan data kategorikal hanya data status perkawinan dan jabatan oleh karena data

jenis kelamin dan tingkat pendidikan yang didapat pada survei awal sudah homogen.

- 2) Pengetahuan perawat sebelum dan sesudah pelatihan tentang pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar), dilakukan dengan meliputi mean, modus, dan simpangan baku serta nilai minimum-maksimum.

b. Analisis Bivariat

Analisis ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh intervensi pelatihan yang diberikan terhadap pengetahuan perawat melalui perbedaan secara keseluruhan nilai variabel dependen sebelum dan sesudah pelatihan tentang pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar) dengan menggunakan tingkat kemaknaan (α) $< 0,05$, sehingga bila $\alpha = 0,05$ maka hasil perhitungan statistik bermakna dan dinyatakan ada pengaruh antara pelatihan terhadap pengetahuan. Namun bila $p \text{ value} > 0,05$ maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna sehingga dinyatakan tidak ada pengaruh antara pelatihan terhadap pengetahuan. Apabila setelah dilakukan analisis diketahui data tidak berdistribusi normal sehingga harus menggunakan uji non parametrik yaitu *wilcoxon*. Analisis uji statistik variabel penelitian dapat dilihat pada tabel 4.7.

Tabel 4.7
Analisis Uji Statistik Bivariat

Variabel/Sub Variabel		Skala	Data	Skala	Uji Statistik
A. Uji Beda					
No	Variabel Penelitian				
1	Pengetahuan perawat Kelompok Eksperimen (<i>Pre Test</i>)	Interval	Pengetahuan perawat Kelompok Eksperimen (<i>Post Test</i>)	Interval	Uji t <i>dependent (paired t test)</i>
2	Pengetahuan perawat Kelompok kontrol (<i>Pre Test</i>)	Interval	Pengetahuan perawat Kelompok kontrol (<i>Post Test</i>)	Interval	Uji t <i>dependent (paired t test)</i>
3	Pengetahuan perawat Kelompok kontrol (<i>Post Test</i>)	Interval	Pengetahuan perawat Kelompok Eksperimen (<i>Post Test</i>)	Interval	Uji t <i>Independent</i>
4	Pengetahuan perawat Kelompok kontrol (<i>Pre Test</i>)	Interval	Pengetahuan perawat Kelompok Eksperimen (<i>Pre Test</i>)	Interval	Uji t <i>Independent</i>

Variabel/ sub variabel	Skala	Data	Skala	Uji Statistik
B. Uji hubungan asosiasi				
No.	Variabel penelitian			
1. Umur perawat	Rasio	Pengetahuan perawat (<i>Post test</i>)	PPI Interval	Uji Korelasi <i>Pearson</i> (r) atau uji korelasi <i>Spearman</i> (rs)
2. Lama kerja perawat	Rasio	Pengetahuan perawat (<i>Post test</i>)	PPI Interval	Uji Korelasi <i>Pearson</i> (r) atau uji korelasi <i>Spearman</i> (rs)
3. Status pernikahan	Nominal	Pengetahuan perawat (<i>Post test</i>)	PPI Interval	Korelasi <i>Point-biserial</i> atau koef-kontigensi atau $t_{\text{Independent}}$
4. Jabatan	Ordinal	Pengetahuan perawat (<i>Post test</i>)	PPI Interval	Korelasi <i>Point-biserial</i> atau koef-kontigensi atau $t_{\text{Independent}}$

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab kelima ini menyajikan hasil penelitian tentang efektifitas pelatihan pencegahan infeksi terhadap pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi di RSI Ibnu Sina Padang, yang dilaksanakan selama dua hari, pada 23 dan 24 Mei 2013 dengan jumlah responden 36 orang. Penyajian data hasil penelitian ini terdiri dari analisa univariat, bivariat yang sebelumnya telah dilakukan analisis dengan menggunakan uji statistik yang telah ditentukan dengan menggunakan bantuan perangkat komputer. Secara lengkap hasil penelitian disajikan sebagai berikut:

A. Kesetaraan Pengetahuan Perawat

Hasil uji homogenitas atau kesetaraan pada variabel pengetahuan responden antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 5.1.
Kesetaraan Variabel Pengetahuan pada Kelompok Eksperimen (n=36) dan Kelompok Kontrol (n=36) Bulan Mei Tahun 2013

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.489	6	25	.097

Bermakna pada $\alpha = 0.05$

Data pada tabel 5.1 menunjukkan pengetahuan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol *levene statistic* = 2.489, dimana data dikatakan homogen apabila *levene statistic* > 0.05, sehingga variabel pengetahuan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol adalah setara (*levene statistic* > 0.05).

B. Karakteristik Perawat

1. Umur dan Lama kerja

Tabel 5.2
Analisis Umur dan Lama Bekerja Perawat pada Kelompok Eksperimen (n=36) dan Kelompok Kontrol (n=36) Bulan Mei Tahun 2013

Variabel	Kelompok Eksperimen				Kelompok Kontrol			
	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	Min-Maks	95% CI	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	Min-Maks	95% CI
Umur	35.40	6.19	27-54	33.09-37.71	35.33	6.04	27-50	33.08-37.69
Lama Bekerja	9.23	3.36	4-24	7.98-10.49	10.03	5.24	1-20	8.08-11.99

Tabel 5.2 hasil analisis didapatkan rata-rata umur perawat pada kelompok eksperimen adalah 35.40 tahun (95% CI: 33.09 – 37.7), dengan standar deviasi 6.19. Umur termuda 27 tahun dan tertua 54 tahun. Hasil estimasi interval dapat diketahui bahwa 95% diyakini rata-rata umur perawat pada kelompok eksperimen diantara 33.09 sampai dengan 37.71 tahun.

Pada kelompok kontrol didapatkan hasil analisis bahwa rata-rata umur perawat adalah 35.33 tahun (95% CI: 33.08 – 37.09) dengan standar deviasi 6.04. Umur termuda 27 tahun dan tertua 50 tahun. Hasil estimasi interval diketahui bahwa 95% diyakini rata-rata umur perawat pada kelompok kontrol diantara 33.08 sampai dengan 37.69 tahun. Pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol rata-rata berumur 35 tahun.

Responden pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol berada pada kisaran umur 33 hingga 37 tahun yang merupakan usia produktif. Sebagai individu yang produktif, maka seseorang sudah dianggap dewasa dengan ciri mempunyai rasa tanggung jawab yang besar, mengetahui kekuatan dan kelemahan dirinya sendiri, mandiri, percaya diri, mantap secara emosi serta memiliki ambisi yang sehat.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa rata-rata lama bekerja pada kelompok eksperimen 9.23 tahun (95% CI: 7.98 – 10.99) dengan standar deviasi 3.36. Lama bekerja terendah 4 tahun dan tertinggi 24 tahun.

Pada kelompok kontrol rata-rata lama bekerja perawat adalah 10.03 tahun (95% CI: 8.08 – 11.99) dengan standar deviasi 5.24; lama bekerja terendah 1 tahun dan tertinggi 20 tahun. Pada kelompok eksperimen maupun kontrol memiliki rata-rata lama kerja tidak jauh berbeda. Kondisi ini menunjukkan bahwa responden pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol termasuk kategori mapan yang memiliki masa kerja cukup lama. Lama kerja turut menentukan bagaimana perawat menjalankan fungsinya sehari-hari dan hal ini menjadi sangat penting karena dapat mencerminkan tingkat kemampuan akhir yang dapat dicapai.

2. Status pernikahan dan Jabatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa baik kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol sebagian besar menikah, seperti tertuang pada tabel berikut:

Tabel 5.3.
Distribusi Frekuensi Perawat Berdasarkan Status Pernikahan dan Jabatan
pada Kelompok Eksperimen (n=36) dan Kelompok Kontrol (n=36) Bulan
Mei Tahun 2013

Variabel	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Status Pernikahan				
1.Menikah	20	55.6	26	72.2
2.Belum menikah	16	44.4	10	27.8
Jabatan				
1.Kepala ruangan/katim	10	27.8	13	36.1
2. Pelaksana	26	72.2	23	63.9

Dari tabel 5.3 hasil analisis menunjukkan responden terbanyak adalah menikah, kelompok eksperimen 20 orang (55.6%) dan kelompok kontrol 26 orang (72.2%). Sedangkan jabatan responden pada kelompok eksperimen terbanyak perawat pelaksana, yaitu 26 orang (72.2%), sedangkan pada kelompok kontrol paling banyak juga perawat pelaksana, yaitu 23 orang (63.9%).

C. Pengetahuan perawat

- 1. Perbedaan pengetahuan perawat sebelum dan sesudah dilakukan Pelatihan pencegahan pengendalian infeksi pada kelompok eksperimen.**

Tabel 5.4
Analisis Rata-Rata Pengetahuan Perawat Sebelum dan Setelah Pelatihan
pada Kelompok Eksperimen (n=36) Bulan Mei Tahun 2013

Variabel	Mean	SD	SE	pValue	n	Beda	
						Mean	SD
Pengetahuan							
1. Sebelum Pelatihan	53.00	9.153	1.671	0.001	36	13.5	14.571
2. Setelah Pelatihan	66.50	11.973	2.185		36		

Bermakna pada $\alpha = 0.05$

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa rata-rata tingkat pengetahuan perawat sebelum eksperimen adalah 53 dengan standar deviasi 9.153. Tingkat pengetahuan sesudah eksperimen adalah 66.5 dengan standar deviasi 11.973. Terlihat nilai mean perbedaan antara sebelum eksperimen dan sesudah eksperimen adalah 13.5 dengan standar deviasi 14.571. Hasil uji statistik didapatkan *p value* sebesar 0.001, berarti terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum pelatihan dengan sesudah pelatihan.

2. Pengetahuan perawat pada Kelompok Kontrol

Tabel 5.5
Analisis Rata-Rata Pengetahuan Perawat Pre Test dan Post Test pada
Kelompok Kontrol (n=36) Bulan Mei Tahun 2013

Variabel	Mean	SD	SE	pValue	n	Beda	
						Mean	SD
Pengetahuan							
1. Pre test					36		
	51.167	13.434	2.452	0.03		8.1	20.02
2. Post test	59.333	13.308	2.429		36		

Bermakna pada $\alpha = 0.05$

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa rata-rata tingkat pengetahuan pre test adalah 51.167 dengan standar deviasi 13.434. Tingkat pengetahuan post test didapat rata-rata pengetahuan adalah 59.333 dengan standar deviasi 13.308. Terlihat nilai mean perbedaan antara pre test dan post test adalah 8.1 dengan standar deviasi 20.02. Hasil uji statistik didapatkan *p value* sebesar 0.03, berarti terdapat perbedaan yang signifikan antara *pre test* dan *post test*.

Peningkatan nilai pengetahuan perawat pada kelompok kontrol karena efek dari pre test, yaitu adanya kemungkinan perawat setelah melalui pre test berdiskusi membahas soal-soal *pre test*, membaca buku atau literatur atau berusaha mengingat kembali pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi yang pernah diketahui sebelumnya, sehingga saat mengerjakan *post test* akan dilalui dengan lebih baik dibanding saat mengerjakan *pre test*.

3. Pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi sebelum dilakukan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Tabel 5.6
Analisis Rata-Rata Pengetahuan Perawat Sebelum Pelatihan pada Kelompok Eksperimen (n=36) dan Hasil Pre Test Kelompok Kontrol (n=36) Bulan Mei Tahun 2013

Status Perlakuan	Mean	SD	SE	<i>p Value</i>	n
Eksperimen	53.00	9.154	1.671	0.982	36
Kontrol	51.167	13.435	2.452		36

Bermakna pada $\alpha = 0.05$

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan perawat pada kelompok eksperimen adalah 53.00 dengan standar deviasi 9.154, sedangkan pengetahuan pada kelompok kontrol adalah 51.167 dengan standar deviasi 13.435. Hasil uji statistik didapatkan $p\text{ value} = 0.982$ yang berarti tidak terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata pengetahuan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

4. Pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi Setelah Dilakukan Pelatihan pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.7
Analisis Perbedaan Pengetahuan Perawat Setelah Pelatihan antara Kelompok Eksperimen (n=36) dan Kelompok Kontrol (n=36) Bulan Mei Tahun 2013

Status Perlakuan	n	Mean	Beda Mean	p
Eksperimen	36	66.50	7.9	0.043
Kontrol	36	59.33		

Bermakna pada $\alpha = 0.05$

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa skor pengetahuan pada kelompok eksperimen setelah mendapat pelatihan adalah 66.50. Pada kelompok kontrol setelah post test adalah 59.33. Terdapat perbedaan yang cukup tinggi antara pengetahuan setelah dilakukan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi pada kelompok eksperimen dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hasil uji statistik $p\text{ value} = 0.043$ berarti terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah dilakukan pelatihan.

D. Hubungan karakteristik perawat dengan pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi setelah pelatihan.

Pada bagian ini akan dianalisis hubungan karakteristik perawat yang meliputi umur, lama kerja, status perkawinan, dan jabatan dengan pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi.

1. Hubungan umur dan lama kerja dengan pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi perawat setelah pelatihan. Hubungan umur dan lama kerja dengan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi dianalisis dengan menggunakan uji korelasi *Pearson* uji dan korelasi *Rank Spearman*. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8
Analisis Hubungan Umur dan Lama Kerja dengan Pengetahuan Pencegahan Pengendalian Infeksi Perawat Setelah Pelatihan di RSI Ibnu Sina Padang, Bulan Mei Tahun 2013 (n=36)

Variabel	r	p
Umur	0,293	0,784
Lama kerja	0,10	0,930

Tabel 5.8 hasil analisis diperoleh untuk variabel umur nilai $r = 0,293$ berarti hubungan umur dengan pengetahuan perawat menunjukkan hubungan yang sedang dan berpola positif artinya semakin meningkat umur, semakin meningkat pula tingkat pengetahuan perawat.

Hasil analisis untuk variabel lama kerja diperoleh $r = 0,10$, berarti hubungan lama kerja dengan pengetahuan perawat menunjukkan hubungan yang lemah dan

berpola positif, artinya semakin lama masa kerja, semakin meningkat pula tingkat pengetahuan perawat.

2. Hubungan status perkawinan dan jabatan dengan pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi perawat setelah pelatihan.

Hubungan status perkawinan dan jabatan dengan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi dianalisis dengan menggunakan uji korelasi *t-independent*. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9
Analisis Hubungan Status Perkawinan dan Jabatan dengan Pengetahuan Perawat Setelah Pelatihan di RSI Ibnu Sina Padang, Bulan Mei Tahun 2013 (n=36)

Variabel	p
Satus Perkawinan	0,575
Jabatan	0,791

Tabel 5.9 menunjukkan hasil uji statistik didapatkan $p = 0,575$ ($p > 0,05$) artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi.

Hasil uji statistik didapatkan $p = 0,791$ ($p > 0,05$) artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara jabatan dengan tingkat pengetahuan tentang pencegahan pengendalian infeksi.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil dari penelitian, implikasi hasil penelitian terhadap bidang penelitian dan pelayanan keperawatan dan selanjutnya dibahas pula tentang keterbatasan penelitian. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas pelatihan pencegahan pengendalian infeksi terhadap pengetahuan perawat mengenai pencegahan pengendalian infeksi di RSI Ibnu Sina Padang.

A. Pengetahuan Pencegahan Pengendalian Infeksi oleh Perawat

Pengetahuan tentang pencegahan pengendalian infeksi merupakan hal yang sangat diperlukan bagi seorang perawat. Pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi dapat diperoleh antara lain melalui pelatihan pencegahan pengendalian infeksi. Pelatihan tentang pencegahan pengendalian infeksi merupakan salah satu kegiatan pengembangan staf perawat yang bertujuan untuk meningkatkan sumber daya manusia keperawatan.

1. Pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi sebelum mendapat Pelatihan pencegahan pengendalian infeksi pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Data yang diperoleh tentang pengetahuan sebelum dilakukan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi, pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol berdistribusi normal. Dari uji *t-Independent* didapatkan *p value* sebesar 0.982, berarti tidak ada perbedaan yang signifikan pengetahuan sebelum pelatihan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Hasil

penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi perawat sebelum dilakukan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi baik pada kelompok eksperimen maupun pada kelompok kontrol tidak jauh berbeda. Pada kelompok eksperimen nilai rerata pre test 53, sedangkan pada kelompok kontrol 51. Hasil pre test ini menunjukkan bahwa pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi perawat masih kurang baik.

Pengetahuan yang kurang baik tentang pencegahan pengendalian infeksi oleh perawat penting untuk mendapatkan perhatian yang serius dan pengelolaan yang lebih baik dari manajemen rumah sakit, mengingat peran dan fungsi perawat salah satunya adalah melakukan pencegahan pengendalian infeksi yang pada akhirnya akan berdampak pada mutu rumah sakit (DepKes, 2009).

Pengetahuan perawat mengenai pencegahan pengendalian infeksi yang masih kurang merupakan fenomena yang terjadi di RSI Ibnu Sina dan kemungkinan bisa terjadi pula di beberapa rumah sakit lain, khususnya rumah sakit swasta. Bagi manajemen merupakan kewajiban untuk meningkatkan pengetahuan perawat. Dari berbagai literatur mengatakan bahwa pengetahuan dapat diperoleh dari pendidikan formal, pelatihan, akses informasi maupun pengalaman. Pendidikan formal, pelatihan, akses informasi maupun pengalaman merupakan suatu proses belajar yang mencakup ingatan, retensi, pengolahan informasi, emosi dan faktor lain berdasarkan pengalaman sebelumnya (Gallowany dalam Toeti Soekamto, 2009). Melalui proses belajar dalam hal ini pelatihan pencegahan pengendalian infeksi, pengetahuan

perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi dapat meningkat dan tetap ada untuk waktu yang cukup lama.

2. Pengetahuan Perawat Pencegahan Pengendalian Infeksi sebelum dan setelah mendapatkan Pelatihan Pencegahan pengendalian Infeksi pada kelompok eksperimen

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi oleh perawat pada kelompok eksperimen setelah mendapatkan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi mendapatkan nilai post test sebesar 66.5, terdapat peningkatan 13.5 poin dari nilai pre test sebelumnya 53.0. Hasil uji *t dependent* didapatkan *p* value 0.001, yang menunjukkan berarti secara bermakna pelatihan pencegahan pengendalian infeksi pada kelompok eksperimen dapat meningkatkan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi secara bermakna.

Notoatmojo (2004), berpendapat bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perubahan perilaku. Terbentuknya suatu perilaku terutama pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif, yaitu terlebih dahulu mengetahui stimulus materi atau objek, dalam hal ini pencegahan pengendalian infeksi yang akan menimbulkan pengetahuan baru. Selanjutnya pengetahuan tentang pencegahan pengendalian infeksi tersebut menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap terhadap objek yang telah diketahui. Pada tahap selanjutnya akan timbul respon perilaku yaitu melaksanakan pencegahan pengendalian infeksi sesuai standar. Respon perilaku yang timbul dari individu yang bersangkutan merupakan usaha sadar dan disengaja dari individu tersebut yang disadari oleh yang bersangkutan bahwa

dalam dirinya telah terjadi perubahan dalam hal pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi dibandingkan sebelumnya.

Menurut Bloom (1956) (dalam Notoatmodjo 2004), perilaku manusia terbagi dalam 3 (tiga) domain, yaitu: 1) kognitif, 2) afektif, 3) psikomotor. Pengetahuan termasuk dalam domain kognitif, dimana seseorang mampu menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi objek tersebut secara benar. Pengetahuan dalam hal ini adalah mampu menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan meramalkan konsep yang berhubungan dengan pencegahan pengendalian infeksi sesuai dengan konsep pencegahan pengendalian infeksi yang baku.

Pada penelitian ini diketahui bahwa pelatihan pencegahan pengendalian infeksi dapat meningkatkan pengetahuan. Hasil analisis menunjukkan nilai minimal *pre test* dan *post test* adalah 40, rata-rata perawat sulit untuk menjawab pertanyaan mengenai penempatan pasien yang menularkan melalui droplet asumsi peneliti hal ini dipengaruhi oleh pengalaman perawat selama ini dalam menempatkan pasien berdasarkan perintah yang ada di status/*medical record* yang ditulis oleh dokter IGD tanpa mengkaji lebih dalam status infeksi yang sedang terjadi pada pasien yang diterima diruangan rawat. Nilai maksimal *pre test* 80 sedangkan nilai maksimal *post test* adalah 90, terdapat peningkatan sebesar 10 poin, rata-rata perawat mampu dengan baik menjawab pertanyaan mengenai tujuan cuci tangan dan jenis cuci tangan hal ini menurut asumsi peneliti telah banyaknya iklan-iklan mengenai cuci tangan ditengah masyarakat semenjak pekan MDGS dicanangkan termasuk selebaran atau poster yang ada di rumah sakit yang berisikan tentang cuci tangan dan jenis cuci tangan.

Peningkatan tersebut juga menunjukkan bahwa pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan.

Peningkatan pengetahuan disebabkan karena proses belajar. Hal ini sesuai dengan pendapat Hilgard (1962) (dalam Akhmad Sudrajat 2008), bahwa belajar adalah proses dimana suatu perilaku muncul atau berubah karena adanya respon terhadap situasi. Situasi tersebut dapat diperoleh dari respon sekitarnya, dalam hal ini adalah pelatihan pencegahan pengendalian infeksi. Perubahan perilaku yang terjadi merupakan usaha sadar dan disengaja oleh individu yang bersangkutan. Individu tersebut juga menyadari bahwa dalam dirinya telah terjadi perubahan, bahwa pengetahuan tentang pencegahan pengendalian infeksi bertambah dibandingkan sebelum mengikuti pelatihan. Hal ini akan meningkatkan kemampuan pegawai, minimal dari aspek kognitif, sesuai pendapat As'ad (2004), Hariandja (2002) dan Saefulloh (2009) dimana pelatihan akan meningkatkan pengetahuan pegawai.

Pelatihan merupakan salah satu instrumen yang paling efektif untuk meningkatkan kinerja dan produktivitas kerja karyawan dalam suatu organisasi, yang pada gilirannya akan dapat meningkatkan keseluruhan produktivitas organisasi secara keseluruhan (Siagian, 2002). Melalui pelatihan, seorang pegawai akan mengingat kembali informasi-informasi yang pernah dimiliki dan akan menerima informasi-informasi baru yang sebelumnya tidak dimiliki.

Pelatihan merupakan pendidikan tambahan bagi pegawai sebagai suatu proses untuk menghasilkan suatu perubahan perilaku yang dapat berbentuk peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor. Pendidikan tambahan, maka perawat diharapkan semakin mampu menjalankan tugasnya. Sebaiknya pelatihan dan pengembangan karyawan dilakukan secara kontinyu dan dinamis. Hal ini sesuai pendapat Cutelife dan Proctor (1998) dalam Hancox (2004), bahwa pelatihan penting bagi seorang perawat agar ia dapat melakukan pekerjaan secara efektif.

Pencegahan pengendalian infeksi oleh perawat berangkat dari dasar keterampilan hubungan antar manusia, lingkungan, peralatan dan memiliki keunikan tersendiri dari seperangkat keterampilan. Hal ini merupakan kebutuhan untuk pelatihan pencegahan pengendalian infeksi bagi perawat secara khusus tetapi pada pelatihan ini hanya menguraikan pengetahuan perawat disebabkan karena waktu pelatihan yang singkat sehingga materi-materi yang diberikan belum diserap secara optimal oleh perawat.

3. Pengetahuan Perawat tentang Pencegahan Pengendalian Infeksi pada kelompok kontrol pre test dan post test.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan pencegahan infeksi perawat pada kelompok kontrol terdapat perbedaan, antara nilai pre test 51.2 dengan nilai post test 59.3 terdapat peningkatan sebesar 8.1 poin. Hasil *Paired t-test* didapatkan *p value* sebesar 0.03, angka ini memberikan arti bahwa ada perbedaan pengetahuan yang signifikan antara *pre test* dan *post test*.

Peningkatan nilai pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi perawat pada kelompok kontrol disebabkan dampak dari *pre test* yang telah dilalui sebelumnya.

Perawat setelah melalui *pre test* berdiskusi membahas soal-soal *pre test*, membaca buku atau literatur atau berusaha mengingat kembali pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi yang pernah diketahui sebelumnya. Pada saat mengerjakan *post test* dengan pertanyaan yang sama, akan dilalui dengan lebih siap dan lebih baik dibanding saat mengerjakan *pre test*. Hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2004), yang menyatakan bahwa pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif memiliki 6 tingkatan yakni tahu, memahami, menerapkan, analisa, sintesa dan evaluasi. Pengetahuan perawat pada kelompok kontrol pada saat *post test* pada tingkatan "tahu" (*know*). Tahu diartikan sebagai mengingat sebuah materi yang telah pernah dipelajari sebelumnya, misalnya pada saat pendidikan, seminar, dan sebagainya. Selanjutnya mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima merupakan kondisi yang termasuk dalam pengetahuan tingkat ini. Untuk memahami, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan merupakan kata kerja yang digunakan untuk mengukur tingkat tahu yang dimiliki seseorang. Selain itu faktor lain adalah karena jarak *pre test* dengan *post test* hanya 1 hari, sehingga kemampuan mengingat kembali soal-soal *pre test* masih cukup baik.

4. Pengetahuan Perawat tentang Pencegahan Pengendalian Infeksi setelah Pelatihan Pencegahan Pengendalian Infeksi pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat beda mean sebesar 7.9 dengan p value = 0.043, menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol setelah dilakukan pelatihan. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa terdapat perbedaan yang cukup tinggi antara pengetahuan setelah dilakukan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol. Perbedaan yang signifikan ini membuktikan bahwa pelatihan pencegahan pengendalian infeksi pada kelompok eksperimen mampu meningkatkan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi, lebih baik dibanding kelompok kontrol yang tidak mengikuti pelatihan pencegahan pengendalian infeksi. Menurut Robbins (1996), pengetahuan merupakan peramal yang valid terhadap kemampuan pekerjaan pada semua tingkat pekerjaan, yang berarti bila seorang perawat memahami proses pencegahan pengendalian infeksi, maka ia akan mampu melaksanakan tugasnya sesuai standar.

Hal ini senada dengan pendapat Hariandja (2002), yang menyatakan pelatihan merupakan hal yang dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan pegawai. Menurut Notoatmodjo (2004), perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan sifatnya tidak akan langgeng, oleh karena itu agar pencegahan pengendalian infeksi tetap optimal, maka pengetahuan tentang pencegahan pengendalian infeksi perlu ditingkatkan.

B. Karakteristik Perawat

1. Umur

Dari hasil analisis univariat memberikan gambaran bahwa umur perawat berkisar antara 27-54 tahun dengan rata-rata umur 35.4 tahun. Dari uraian ini menunjukkan bahwa umur perawat tergolong muda dan usia produktif.

Hasil analisis korelasi *Pearson Product Moment* antara umur dengan pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi oleh perawat $p \text{ value} = 0.748$ menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna. Perbedaan umur diantara perawat tidak mempengaruhi terhadap pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Parhusip (2005), bahwa karakteristik umur tidak berhubungan terhadap tindakan perawat pelaksana tentang infeksi nosokomial. Namun hasil penelitian ini bertentangan dengan pendapat Slameto (2003) yang menyatakan bahwa kemampuan analitis akan berjalan sesuai dengan pertambahan usia, seorang individu diharapkan dapat belajar untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan tertentu sesuai dengan kematangan usia.

2. Lama Kerja

Analisis univariat menunjukkan bahwa lama kerja perawat di RSI Ibnu Sina Padang berkisar antara 4 hingga 24 tahun, dimana rerata lama kerja yang dimiliki adalah 9.23 tahun.

Hasil analisis bivariat uji korelasi *Rank Spearman* antara lama kerja dengan pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi menunjukkan $p \text{ value} = 0.930$. Hasil ini dapat dilihat bahwa kedua variabel memiliki hubungan yang tidak signifikan. Dapat disimpulkan bahwa antara lama kerja perawat tidak berhubungan secara bermakna dengan pengetahuan pencegahan pengendalian

infeksi perawat. Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan pendapat Notoatmojo (2004) yang menyatakan pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan, akan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya. Selain itu hasil penelitian ini juga bertolak belakang dengan pendapat Siagian (1999) lama kerja turut menentukan bagaimana perawat menjalankan fungsi sehari-hari semakin lama seseorang bekerja semakin terampil dan berpengalaman melaksanakan pekerjaan.

3. Status perkawinan

Hasil analisis distribusi perawat berdasarkan status perkawinan yang paling banyak adalah perawat yang menikah sebanyak 20 orang (55,6 %), sedangkan yang belum menikah sebanyak 16 orang (44,4 %).

Hasil analisa hubungan antara status perkawinan dengan pencegahan pengendalian infeksi perawat didapatkan ada sebanyak 20 orang (55,6 %) perawat yang sudah menikah menunjukkan pencegahan pengendalian infeksi baik. Sedangkan 16 orang (44,4 %) perawat yang menikah menunjukkan pencegahan pengendalian infeksi kerja kurang baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p \text{ value} = 0,575$ ($\alpha > 0,05$) berarti tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan pencegahan pengendalian infeksi perawat. Hasil ini sesuai dengan penelitian Maryam (2009) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan penerapan tindakan pencegahan infeksi.

Perawat yang sudah menikah mempunyai tingkat kewaspadaan yang lebih serta lebih puas dengan pekerjaan mereka daripada karyawan yang belum menikah. Perkawinan menuntut tanggung jawab lebih besar yang mungkin membuat pekerjaan tetap lebih berharga dan penting (Robbins, 2006).

Menurut asumsi peneliti perawat yang sudah menikah tidak memiliki hubungan dengan pencegahan pengendalian infeksi. Namun status perkawinan memiliki hubungan dengan tingkat kewaspadaan seseorang terutama dikalangan wanita yang sudah mempunyai anak karena kuatir jika kondisi tubuh yang terpapar infeksi dapat menularkan ke anak ketika pulang ke rumah setelah bekerja.

4. Jabatan

Hasil analisis univariat menggambarkan jumlah kepala ruangan atau ketua tim jauh lebih sedikit dibandingkan dengan perawat pelaksana, dimana proporsinya kepala ruangan dan ketua tim sebanyak 10 orang (27,8%), perawat pelaksana sebanyak 26 orang (72,2%). Perbedaan proporsi ini memang benar terjadi karena satu ruangan dikepalai kepala ruangan yang membawahi perawat pelaksana sesuai kebutuhan ruangan tersebut (Depkes 1994).

Hasil analisis uji *t - independent* terhadap hubungan jabatan dengan pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi perawat menunjukkan *p value* = 0.791 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jabatan dengan pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi perawat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nilasari (2010), yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara jabatan perawat dengan persepsi

terhadap pengetahuan infeksi rumah sakit. Hasil uji ini berbeda dengan pendapat yang diungkap Depkes (2009) yaitu kriteria IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*) memiliki pengalaman sebagai kepala ruangan atau setara yang bertugas dan tanggung jawab mengunjungi ruangan setiap hari untuk memonitor kejadian infeksi yang terjadi di lingkungan kerjanya. Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Robbins (2003) bahwa tidak terdapat hubungan antara jabatan dengan perilaku seseorang, artinya seorang perawat yang memiliki pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi lebih baik belum tentu berjabatan yang lebih tinggi.

Menurut asumsi peneliti perawat yang mempunyai jabatan tidak memiliki hubungan dengan pencegahan pengendalian infeksi. Namun jabatan memiliki hubungan dengan tingkat tanggungjawab seseorang terutama dikalangan kepala ruangan dalam uraian tugasnya terdapat kewajiban pencegahan pengendalian infeksi serta sebagai koordinator unit dalam mendeteksi, mencegah dan mengendalikan infeksi.

C. Implikasi Penelitian

1. Implikasi Teoritis

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi teoritis. Teori pencegahan pengendalian infeksi yang diaplikasikan dalam konsep praktik keperawatan profesional memberikan implikasi terhadap teori keperawatan khususnya bidang manajemen dan kepemimpinan dalam keperawatan. Untuk menciptakan mutu pelayanan keperawatan profesional diperlukan suatu pengelolaan dan pengorganisasian pencegahan pengendalian infeksi untuk

memastikan kegiatan dilaksanakan sesuai dengan visi, misi dan tujuan organisasi terlebih lagi salah satu tuntutan akreditasi versi 2012.

2. Implikasi Praktis

a. Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini menemukan bahwa intervensi berupa pelatihan pencegahan pengendalian infeksi mampu meningkatkan pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi perawat. Hal tersebut mengindikasikan bahwa pentingnya meningkatkan pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi perawat melalui pelatihan pencegahan pengendalian infeksi, karena salah satu kompetensi dalam pencegahan pengendalian infeksi adalah kompeten dalam pengetahuan.

b. Penelitian Keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi dasar bagi peneliti lain untuk meneliti efektifitas pelatihan pencegahan pengendalian infeksi terhadap pengetahuan perawat pelaksana dengan variabel yang berbeda sehingga menambah wawasan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan khususnya dan mutu rumah sakit umumnya .

D. Keterbatasan Penelitian

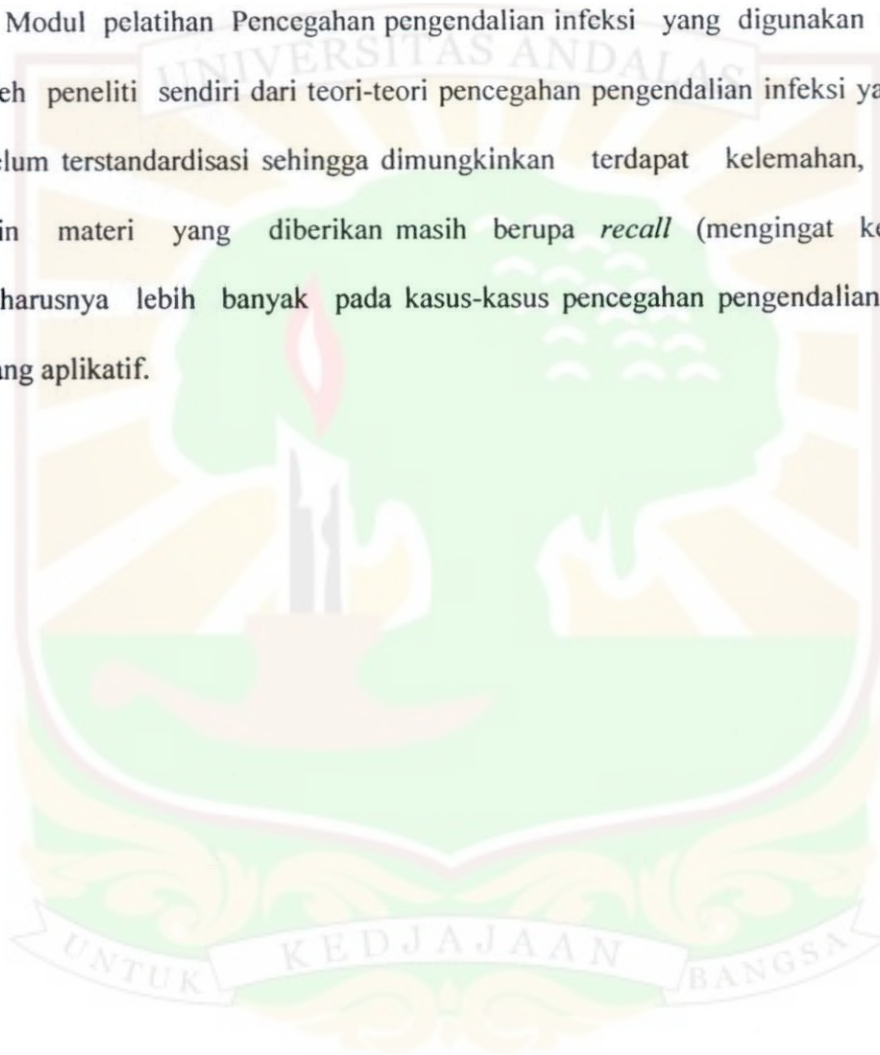
Peneliti menyadari terdapat keterbatasan dalam penelitian ini yaitu :

1. Hasil dari penelitian ini belum dapat mengukur kemampuan psikomotor semua perawat dalam pelaksanaan pencegahan pengendalian infeksi, sehingga sulit untuk menilai dampak yang timbul terhadap kinerja

perawat dalam pelaksanaan pencegahan pengendalian infeksi untuk menurunkan infeksi nosokomial.

2. Waktu pelaksanaan pelatihan yang relatif singkat, hanya 2 hari, belum memperoleh hasil yang maksimal dalam meningkatkan pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi dari perawat.

3. Modul pelatihan Pencegahan pengendalian infeksi yang digunakan disusun oleh peneliti sendiri dari teori-teori pencegahan pengendalian infeksi yang ada, belum terstandardisasi sehingga dimungkinkan terdapat kelemahan, antara lain materi yang diberikan masih berupa *recall* (mengingat kembali), seharusnya lebih banyak pada kasus-kasus pencegahan pengendalian infeksi yang aplikatif.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Pada bab ini disajikan kesimpulan hasil penelitian dan saran atau rekomendasi yang berkaitan dengan hasil penelitian. Berdasarkan pada tujuan, rumusan hipotesis, hasil penelitian yang telah dianalisis dan pembahasan yang telah dikemukakan, maka mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Karakteristik perawat pada kelompok eksperimen yang menjadi responden penelitian rata-rata berumur 35 tahun, sebagian besar sudah menikah, lama kerja 9 tahun, dan sebagian besar sebagai perawat pelaksana, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata berumur 35 tahun sebagian besar sudah menikah, lama kerja 8 tahun dan sebagian besar juga perawat pelaksana.
2. Tidak terdapat perbedaan pengetahuan tentang pencegahan pengendalian infeksi perawat sebelum dilakukan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi, antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol.
3. Terdapat perbedaan pengetahuan tentang pencegahan pengendalian infeksi perawat setelah dilakukan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol.
4. Terdapat peningkatan pengetahuan tentang pencegahan pengendalian infeksi perawat sesudah mendapatkan pelatihan pada kelompok eksperimen.

5. Dari empat variabel karakteristik perawat yakni umur, status pernikahan, lama kerja dan jabatan tidak ada satu variabel pun yang berhubungan secara signifikan terhadap pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi.

B. Saran

1. Bagi manajemen rumah sakit

Perlu dilakukan upaya menyelenggarakan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi bagi perawat secara berkesinambungan, berkelanjutan, dan berjenjang, agar pengetahuan perawat mengenai pencegahan pengendalian infeksi dapat meningkat. Diharapkan dapat menerapkan pencegahan pengendalian infeksi dengan baik yang pada gilirannya dapat meningkatkan pelayanan keperawatan yang bermutu dengan rekomendasi sebagai berikut :

- a. Pelatihan pencegahan pengendalian infeksi dapat dilanjutkan dengan mengundang konsultan Pencegahan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS) yang berpengalaman untuk memberikan materi pelatihan dengan menekankan pada aspek psikomotor.
- b. *Benchmarking* ke rumah sakit lain yang telah menerapkan program Pencegahan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS) dengan baik yang sudah membentuk komite serta kepala ruangan dalam perannya sebagai supervisor hendaknya mengoptimalkan supervisi kegiatan perawat dalam pencegahan pengendalian infeksi.

2. Bagi Perawat RSI Ibnu Sina dan Siti Rahmah Padang:

Meningkatkan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi dengan cara mengikuti berbagai pelatihan, studi literatur, maupun seminar. Setelah mengikuti pelatihan tentang pencegahan pengendalian infeksi, dapat menerapkan pencegahan pengendalian infeksi terhadap pasien, pengunjung, lingkungan dan sesama tim kesehatan secara rutin dan berkesinambungan.

3. Bagi peneliti lain:

Disarankan bagi peneliti selanjutnya sebagai berikut :

- a. Hasil penelitian tentang efektifitas pelatihan pencegahan pengendalian infeksi terhadap pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi masih sederhana. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk memahami lebih mendalam hal yang mempengaruhi pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi, khususnya dari aspek psikomotor.
- b. Instrumen yang ada dapat dikembangkan misalnya dengan menggunakan bentuk pertanyaan terbuka (*open ended item*) dengan pertanyaan-pertanyaan kasus aplikatif atau pengumpulan data kualitatif dengan wawancara, observasi atau diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*).
- c. Perlu dilakukan penelitian di rumah sakit lain yang berbeda tetapi memiliki karakteristik responden yang hampir sama seperti tingkat pendidikan, lama menduduki jabatan, jenis kelamin dan dengan jumlah responden yang lebih besar, sehingga hasilnya dapat digeneralisasikan.

d. Waktu pelaksanaan pelatihan mencakup aspek kognitif, afektif dan psikomotor agar hasil tingkat pengetahuan lebih dapat diukur.

e. Mengembangkan modul atau panduan khusus tentang penerapan pencegahan pengendalian infeksi secara berjenjang dalam tatanan pelayanan rumah sakit.



DAFTAR PUSTAKA

Ajic Am J *Infection control* 1998; 26:277-88

Akhmad Sudrajat. (2008). <http://www.akhmad-sudrajats.kompas>. Diakses 29 Mei 2013

Alimul, Aziz. (2004). *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Jakarta: EGC

Alvarado, K., Laschinger, H., & Wong, C. (2009, Agustus). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *Journal of Nursing Care Quality*, 24 (1), 55-62. 10 Januari 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>

Anwar. (2005). *Pencegahan infeksi nosokomial: problematika dan pengendaliannya*. Jakarta: Salemba Medika

Arikunto. (2010). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.

Ariawan, (1998). *Metode penelitian*. Bandung: Alfa Beta

Arwani & Supriyatno, H. (2006). *Manajemen bangsal keperawatan*. Jakarta: EGC

As'ad, M. (2003). *Seri sumber daya manusia, psikologi industri*. Yogyakarta: Liberty

Azwar, S. (2009a). *Penyusunan skala psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

_____. (2009b). *Reliabilitas dan validitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Baron, R.A. & Greenberg, J. (2000). *Behaviour in organizations*. (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall

Bernardin, H.J. (2003). *Human resource management: An experiential approach*. (3rd ed.). New York: The McGraw-Hill Companies

Bloom, B.S., Hastings, J.T., & Madaus, G.F. (1956). *Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals, handbook 1, cognitive domain*. 10 Maret 2013.
<http://www.journal.esf.edu/erfeg/endreny/courses/LevelsofKnowledge.htm>

Brooker. (2008). *Infeksi nosokomial*. <http://www.journalotsuka.co.id>. Diakses pada tanggal 05 januari 2012

Cahyono, J.B.S.B. (2008). *Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktik kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius

Centres for Diseases Control. (2011). *Position statement patient safety*. Ottawa: The Author. Februari 14, 2013. [http://www.cna-aiic.ca/cna/journaldocuments/pdf/publications/PS102 Patient Safety e.pdf](http://www.cna-aiic.ca/cna/journaldocuments/pdf/publications/PS102PatientSafety_e.pdf)

Centres for Diseases Control. (2012). *Quality hospital for patient safety*. Ottawa: The Author. Februari 14, 2013. [http://www.cna-aiic.ca/cna/journaldocuments/pdf/publications/PS102 Patient Safety e.pdf](http://www.cna-aiic.ca/cna/journaldocuments/pdf/publications/PS102PatientSafety_e.pdf)

Centres for Diseases Control. (2013). *Everyday Ethics*. Ottawa: The Author. Juni28,2010.
[http://www.CDCnurses.ca/CDC/journaldocuments/pdf/publications/Everyday Ethics e.pdf](http://www.CDCnurses.ca/CDC/journaldocuments/pdf/publications/EverydayEthics_e.pdf)

Chan, M.F. (2009, Februari). *Factors affecting knowledge, attitude, and skills levels for nursing staff toward the clinical management system in hongkong*. *Computer, Informatics, Nursing*, 27 (1), 57-65. Maret 10, 2013. [http://journals.lww.com/cinjournal/Abstract/2009/01000/Factors Affecting Knowledge Attitudes, and Skills.13.aspx](http://journals.lww.com/cinjournal/Abstract/2009/01000/FactorsAffectingKnowledgeAttitudesandSkills.13.aspx)

Darmadi. 2008. *Infeksi nosokomial: problematika dan pengendaliannya*. Jakarta: Salemba Medika

Darmawan. 2008. *Phlebitis: Apa penyebab dan bagaimana cara mengatasinya*.
<http://www.otsuka.co.id>. Diakses pada tanggal 05 januari 2012

Depkes RI.(1995). *Pedoman pelaksanaan kewaspadaan universal di pelayanan kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

Depkes RI (1999). *Standar tenaga keperawatan di rumah sakit*. Jakarta:
Direktorat Pelayanan Keperawatan, Direktorat Jendral Pelayanan Medik,
Depkes

Depkes RI. (2003). *Pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehan lainnya*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

_____. (2007). *Pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehan lainnya*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

_____. (2009). *Pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehan lainnya*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

_____. (2011). *Pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehan lainnya*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

_____. (2012). *Pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehan lainnya*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

Depkes. (2008). *Pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan*. Jakarta: The Author.

Depkes & KKP-RS. (2008a). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit*. (Edisi 2). Jakarta: The Author.

_____. (2008b). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP)*. (Edisi 2). Jakarta: The Author.

Despins, L.A., Scott, C.J., & Rouder, J.N. (2010, Januari20). *Detection of patient risk by nurses: a theoretical framework. Journal of Advanced Nursing*, 66 (2), 465-474
17 Maret 2013.
<http://www3.interscience.wiley.com/journal/123247860>

Dessler, G. (1997). *Human resource management*. (7th ed.). New Jersey: PrenticeHall.

Djaali & Muljono, P. (2007). *Pengukuran dalam bidang pendidikan*. Jakarta: PT Grasindo

George, J.M. & Jones, G.R. (2002). *Understanding and managing organizational behaviour*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Gillies, D.A. (1994). *Nursing management: a sistem approach*. (3rd ed.) Phyladelphia: WB. Saunders Company

_____. (2000). *Nursing management; A system approach*. Philadelphia: WB. Saunders

Graham AJ. AY Life at.all. *Control of hospital infection a practical handb Book fourth edition*, Arnord London 2001

Ginsburg, L., Norton, P.G., Casebeer, A., & Lewis., S. (2005, Agustus). An educational intervention to enhance nurse leader's perception of patient safety culture. *Health Research and EducationalTrust*, 40 (4), 997-1020. Maret, 06 2013.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361187/pdf/hesr_00401.pdf,

Gunawan, Y.W & Wibowo, R. (2004). *Analisa pengaruh status pernikahan terhadap motivasi dan produktivitas karyawan restoran imari di jw marriott surabaya*. Jakarta: Universitas Kristen Petra. Maret 10, 2013.
http://dewey.petra.ac.id/jiunkpe_dg_3461.html

Hancox, K. (2004). *International journal of mental health nursing*, p.198-203

Hariandja.(2002). *Pengadaan, pengembangan, pengkompensasian, dan peningkatan produktivitas pegawai*. Jakarta: P.T. Grasindo

Hasibuan, M. (2005). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara

Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: FKM-UI

Huber, D.L. (2006). *Leadership and nursing management*. (3rd ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier.

Join Comission International Hospital. (2012) . *Everyday Ethics*. Ottawa: The Author.

KARS. 2012. *Standar akreditasi rumah sakit versi 2012*.

Keputusan Menteri Kesehatan No. 270 tahun 2009 tentang *pedoman manajerial pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit*

Keputusan Menteri Kesehatan No. 2 tahun 2012 *Tentang standar rumah sakit*

Kountur, (2003). *Metode penelitian untuk penulisan tesis dan skripsi*. Jakarta : Penerbit, PPM

Linda J. Taylor, T,JR Babb *Hospital acquired infection principles and prevention third edition*, Plant A Tree 1999

Maryam, D. (2009). *Hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di irna bedah dan irna medik RSUD S Surabaya*. FIK-UI. Tesis. Tidak Dipublikasikan.

Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2006). *Leadership roles and management functions in*

nursing: theory and application. (5th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

McCutcheon, A.S., et. al. (2006, September). *Staffing for safety: a synthesis of the evidence on nurse staffing and patient safety*.
Maret 18, 2010. <http://www.chsrf.ca>.

Moekijat (1998). *Evaluasi pelatihan dalam rangka meningkatkan produktifitas perusahaan*. Bandung: Mandar Maju.

Morrison, J.E. (1991). *Training for performance; Principles of applied human learning*. Kentucky, USA: Willey, J. & Sons

Muninjaya, A.A.G, (2006). *Manajemen kesehatan*. Jakarta: EGC

Nilasari. (2010). *Pengaruh pelatihan patient safety terhadap keterampilan perawat di RS Fatmawati Jakarta*, Jakarta: tidak diterbitkan

Nugraha. 2004. *Infeksi Nosokomial*. <http://klikharry.word.com>. Diakses pada tanggal 20 November 2012

Nursalam, Ninuk.(2007). *Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi*. Jakarta: Salemba Medika

Nurhayati, S. (2011). *Hubungan karakteristik individu dengan persepsi perawat pelaksana terhadap kemampuan kepala ruangan melakukan bimbingan setelah diberi pelatihan bimbingan (coaching) di ruang rawat inap rumah sakit haji jakarta*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan

_____.(2008). *Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi*. Jakarta: Salemba Medika

Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta

_____. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta

_____. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: PT Rineka Cipta

_____. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

_____. (2010). *Metodologi penelitian*. Jakarta: PT Rineka Cipta

Parhusip. (2005). *Fakto-faktor yang mempengaruhi pengendalian infeksi nosokomial di RS Pirngadi Medan*, Medan: tidak diterbitkan

Pottinger JM. Basics of Surveillance-AN Overview. Practical. *Healthcare Epidemiology. Infection Control and Hospital Epidemiology*. Vol 18 No 7

Praptiningsih, S., (2006), *Kedudukan Hukum Perawat dalam Upaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit*, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

PPIRS. (2007). *Laporan surveilans infeksi rumah sakit tahun 2007*. Jakarta: Depkes RI

Rakhmat. (2004). *Pendekatan kuantitatif, kualitatif. R&D*. Bandung: Alfa Beta

Ridwan. (2004). *Belajar mudah penelitian untuk guru, karyawan dan peneliti pemula*. Bandung: Alfabeta

Rivai, V. & Sagala, E.J. (2009). *Manajemen sumber daya manusia untuk Perusahaan: Dari Teori ke Praktik*. Edisi ke-2. Jakarta: Rajawali Pers.

Robbins, S.P. (2001). *Organizational behaviour: Concepts, controversies, and applications*. (9th ed.). New Jersey: Prentice Hall International.

_____. (2003) *Perilaku organisasi Jilid I*. Edisi ke-9. Jakarta: PT Indeks Kelompok Gramedia

RSI Ibnu Sina. (2012). *Laporan mutu pelayanan rumah sakit tahun 2011-2012*. Padang: RSI Ibnu Sina

Saefulloh (2009). *Pengaruh pelatihan asuhan keperawatan dan supervisi terhadap motivasi kerja dan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Indramayu 2009*. Tesis Program Magister FIK-UI. Tidak dipublikasikan.

Sastroasmoro, S. & Ismael. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinik*. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto

Slameto. (2003). *Belajar dan faktor-faktor yang mempengaruhinya*. Jakarta: P.T. Rhineka Cipta

Siagian, S.P. (2006). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: PT Rineka Cipta

Simbolon, M.M, (2004), *Dasar-dasar administrasi dan manajemen*. Jakarta: Ghalia Indonesia

Sudijono, A. (2009). *Pengantar statistik pendidikan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

Sugiyono. (2012). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan RB*. Bandung: CV Alfabeta.

Suryabrata, S. (2005). *Metodologi penelitian*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Suwarni, A. 2008. *Sistim kesehatan pencegahan penyakit menular*. Jakarta: Raja Grafindo Persada

Swansburg R.C. & Swansburg, R.J. (2000) *Introductory management and leadership for nurses*. Massachusets: Jones and Barlett Publisher

The National Patient Safety Agency. (2004a). *Seven steps to patient safety: The full reference guides*. Februari 10, 2013. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk>

The National Patient Safety Agency. (2004b). *Proposal of module on patient safety for undergraduate curricula*. USA: The Author. Februari 15, 2010. <http://www.npsa.com>.

Tietjen, Linda, dkk. 2004. *Panduan pencegahan infeksi untuk fasilitas pelayanan kesehatan dengan sumber daya terbatas*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Toeti Soekamto. (2009). *Prinsip-prinsip pembelajaran*. Yogyakarta: Mitra Cendekia

Utama, Harry Wahyudhy. 2006. *Infeksi nosokomial*. <http://klikharry.word.com>. Diakses pada tanggal 20 November 2012

Watson, R., McKenna, H., Cowman, S. Keady J (2008). *Nursing research: design and methods*. USA: Elsevier.

Weinstein, Sharon. 2001. *Terapi intravena edisi 2*. Jakarta: EGC

World Health Organization. (2002). *Prevention hospital aquired infection*. Ottawa: The Author. Februari 14, 2013. [http://www.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/PS104 Hai e.pdf](http://www.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/PS104%20Patient%20Safety%20Statement.pdf)

World Health Organization. (2012). *Position statement patient safety*. Ottawa: The Author. Februari 14, 2013. [http://www.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/PS102 Patient Safety e.pdf](http://www.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/PS102%20Patient%20Safety%20Statement.pdf)

KUESIONER PENELITIAN

Efektifitas Pelatihan Pencegahan Pengendalian Infeksi
Terhadap Kemampuan Kepala Ruangan dan Katim dalam
Menerapkan Pencegahan Pengendalian Infeksi
di RSI Ibnu Sina Padang
Tahun 2013

KUESIONER A

KARAKTERISTIK RESPONDEN

Kode Responden

Diisi oleh peneliti

Petunjuk :

Teman sejawat diminta untuk mengisi kuesioner ini dengan cara mengisi titik atau memberi tanda (√) pada kolom yang tersedia.

1.	Umurtahun
2.	Jenis kelamin	() laki-laki ()
3.	Pendidikan	() SPK / SPR () DIII Keperawatan () SI Keperawatan
4.	Lama kerja di RSI Ibnu Sina Padangtahun
5.	Status pernikahan	() Menikah () Belum menikah
6.	Jabatan	() Kepala ruangan/katim () Perawat pelaksana

KUESIONER B PRETEST/POSTTEST

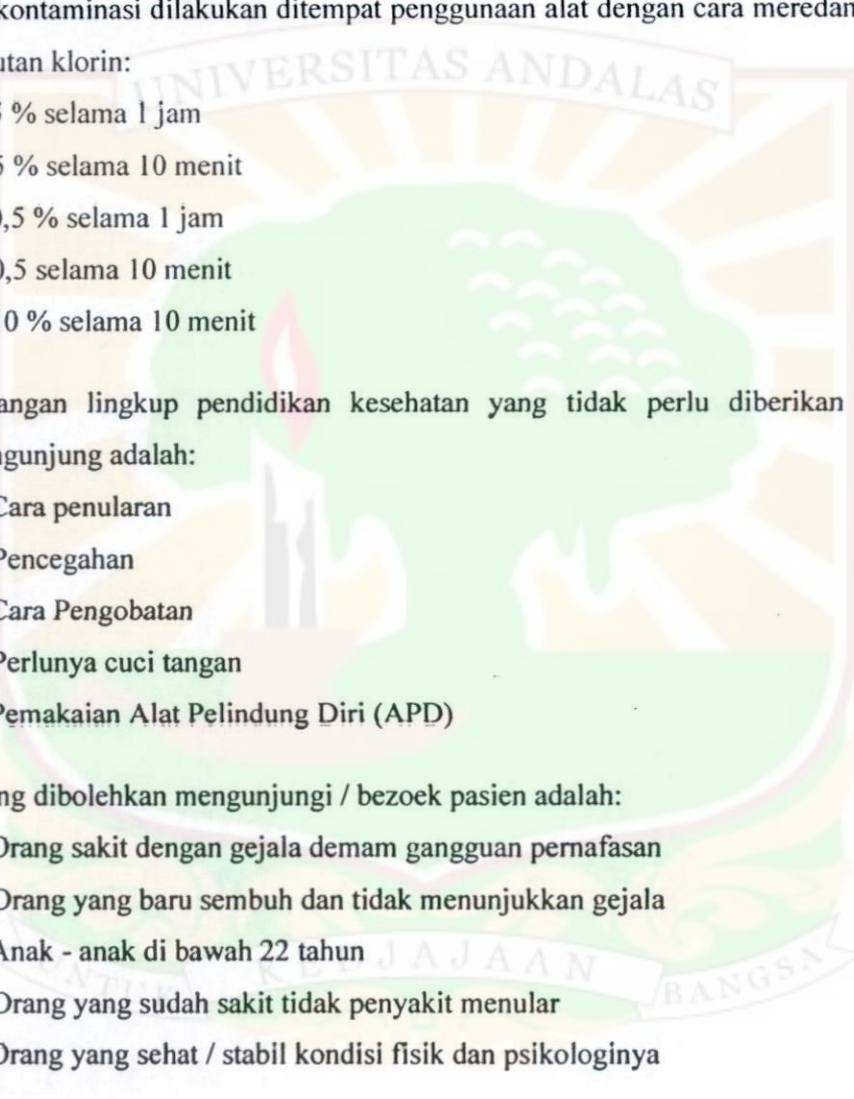
Kode Responden

Diisi oleh peneliti

Petunjuk pengisian

1. Pilihlah jawaban yang Saudara anggap paling benar untuk soal single choice.
2. Untuk soal multiple choice:
 - A. 1, 2, 3 benar
 - B. 1, 3 benar
 - C. 2, 4 benar
 - D. 4 saja benar
 - E. Semua benar

-
1. Proses menurunkan jumlah mikroorganisme pada permukaan alat sehingga aman untuk proses selanjutnya disebut:
 - a. Dekontaminasi
 - b. Desinfeksi
 - c. Sterilisasi
 - d. Pencucian
 - e. Inspeksi
 2. Proses penghancuran mikroorganisme baik secara fisik atau kimia namun tidak semua mikroorganisme terhancurkan disebut:
 - a. Dekontaminasi
 - b. Desinfeksi
 - c. Sterilisasi
 - d. Pencucian
 - e. Inspeksi
 3. Proses pembunuhan semua bentuk kehidupan mikroorganisme termasuk endospora disebut :
 - a. Dekontaminasi
 - b. Desinfeksi
 - c. Sterilisasi
 - d. Pencucian
 - e. Inspeksi

4. Tujuan dan pengemasan / packaging instrumen disebut:
 - a. Mencegah kontaminasi mikroorganisme, debu dan kotoran
 - b. Mudah dipenetrasi oleh sterilan
 - c. Mempertahankan sterilitas instrument
 - d. Semuanya benar
 - e. Semuanya salah
 5. Dekontaminasi dilakukan ditempat penggunaan alat dengan cara merendam dalam larutan klorin:
 - a. 5 % selama 1 jam
 - b. 5 % selama 10 menit
 - c. 0,5 % selama 1 jam
 - d. 0,5 % selama 10 menit
 - e. 10 % selama 10 menit
 6. Ruangan lingkup pendidikan kesehatan yang tidak perlu diberikan kepada pengunjung adalah:
 - a. Cara penularan
 - b. Pencegahan
 - c. Cara Pengobatan
 - d. Perlunya cuci tangan
 - e. Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD)
 7. Yang dibolehkan mengunjungi / bezoek pasien adalah:
 - a. Orang sakit dengan gejala demam gangguan pernafasan
 - b. Orang yang baru sembuh dan tidak menunjukkan gejala
 - c. Anak - anak di bawah 22 tahun
 - d. Orang yang sudah sakit tidak penyakit menular
 - e. Orang yang sehat / stabil kondisi fisik dan psikologinya
- 

8. Di bawah ini pencegahan transmisi melalui kewaspadaan kontak adalah:
 - a. Pakai sarung tangan sebelum memasuki ruangan pasien
 - b. Pakai gaun karena khawatir pakaian akan menyentuh pasien
 - c. Perlu pasang masker untuk menghindari droplet
 - d. Beritahukan kepada keluarga penyakit pasien bisa menular melalui kontak
 - e. Patuhi standar kewaspadaan
9. Kewaspadaan terhadap penularan melalui udara/airbon, penataan ruangnya adalah:
 - a. Ruangan harus luas dengan cat yang menyejukkan
 - b. Pasien ditempatkan diruangan tersendiri dengan tekanan negatif
 - c. Cahaya lampu tidak boleh terlalu terang atau gelap
 - d. Pengunjung tidak boleh memakai sandal / sepatu ke ruangan
 - e. Perawat harus selalu memakai masker bila masuk ruangan rawat
10. Peralatan yang harus dipakai untuk ketiga jenis transmisi adalah:
 - a. Masker
 - b. Kacamata
 - c. Gaun / celemek
 - d. Sarung tangan
 - e. Tutup kepala
11. Yang tidak termasuk tujuan survaillence di bawah ini adalah:
 - a. Memperoleh data dasar
 - b. Untuk kewaspadaan dini/ KLB
 - c. Mengobati Pasien
 - d. Menilai Mutu
 - e. Menilai suatu program PPI
12. Pengertian / yang dimaksud periodic surveillence adalah:
 - a. Surveillence yang terus menerus dan prospektif
 - b. Surveillence selama interval waktu spesifik
 - c. Surveillence yang mahal dan butuh banyak waktu

- d. Fokus pada kritikal care unit (ICU, NICU/PICU) dsb
 - e. Untuk membatasi skop survei
13. Sedangkan nominator untuk angka infeksi luka operasi adalah:
- a. Jumlah pasien yang terinfeksi
 - b. Jumlah pasien yang dioperasi
 - c. Jumlah insisi operasi
 - d. Tergantung berat ringan operasi
 - e. Tergantung operator yang melaksanakan operasi
14. Di bawah ini yang bukan strategi komunikasi untuk menghadapi pandemi adalah:
- a. Rumah sakit harus kerjasama dengan sektor terkait lainnya
 - b. Pendistribusian serta penggunaan anti virus dan vaksin
 - c. Menunjuk satu orang sebagai Spoke Person
 - d. Menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan lainnya
 - e. Identifikasi informasi publik atau apa porsi petugas kesehatan masyarakat
15. Jenis - jenis cuci tangan kecuali:
- a. Cuci tangan rutin
 - b. Cuci tangan prosedural
 - c. Cuci tangan pembedahan
 - d. Cuci tangan alternatif
 - e. Cuci tangan biasa
16. Untuk mencegah penularan infeksi nosokomial tindakan utama yang perlu dilakukan:
- a. Mencuci tangan
 - b. Membersihkan lingkungan
 - c. Memberi penyuluhan
 - d. Memakai sarung tangan
 - e. Imunisasi karyawan
17. Alternatif cuci tangan dapat dilakukan apabila, kecuali:
- a. Fasilitas cuci tangan inadequate
 - b. Pengganti cuci tangan "Hand wash basin"
 - c. Apabila tangan nampak kotor
 - d. Saat ronde di ruangan
 - e. Kontak dengan sekret dan ekskret pasien

18. Kapan sebaiknya cuci tangan:

- a. Segera tiba di rumah sakit
- b. Sebelum kontak dengan pasien
- c. Sebelum menyiapkan makanan
- d. Memakai sarung tangan
- e. Melepas sarung tangan

19. Tujuan mencuci tangan:

- 1. Menghilangkan kotoran dari kulit secara mekanis dengan mengurangi jumlah mikroorganisme sementara pada tangan
- 2. Mengurangi jumlah mikroorganisme seluruhnya pada tangan
- 3. Membersihkan tangan
- 4. Mengurangi kuman menetap yang ada ditangan

20. Kantong plastik untuk tempat sampah medis/ infectious berwarna:

- a. Hitam b. Kuning c. Putih d. Biru
- e. Coklat

21. Pakaian pelindung kerja bagi petugas pengangkut sampah:

- 1. Sarung tangan 2. Sepatu kerja 3. Topi 4. Baju pelindung

22. Strategi pengelolaan sampah memiliki ciri - ciri:

- a. Memiliki dasar hukum yang jelas
- b. Memiliki prosedur tetap yang disahkan oleh pembuat keputusan
- c. Pemisahan sampah dimulai dari ruangan
- d. Alur pengangkutan yang telah ditetapkan

23. Sponge placenta adalah jenis sampah medis yang dihasilkan dari:

- a. Ruang tindakan persalinan c. Unit laboratorium
- b. Unit Isolasi d. Unit Autopsi
- e. Ruang bedah

24. Obat - obatan karena batc yang tidak memenuhi spesifikasi termasuk:

- a. Sampah ditotok
- b. Sampah farmasi
- c. Sampah radioaktif
- d. Sampah kimia
- e. Sampah medis

25. Sampah infectious harus dimusnahkan dengan cara:

- a. Dibuang ke sungai
- b. Ditimbun/ ditanam
- c. Incenerasi
- d. Dimasukkan ke TPS
- e. Disemen

26. Kewaspadaan standar (standard precaution) merupakan kombinasi dari:

- a. Kewaspadaan standar dengan kewaspadaan berbasis transmisi
- b. Kewaspadaan universal dengan isolasi oleh tubuh
- c. Kewaspadaan berbasis transmisi dengan body substance isolation
- d. Universal precaution dengan kewaspadaan standar
- e. Tidak ada yang benar

27. Yang termasuk group praktek pencegahan infeksi dalam kewaspadaan standar (1) adalah

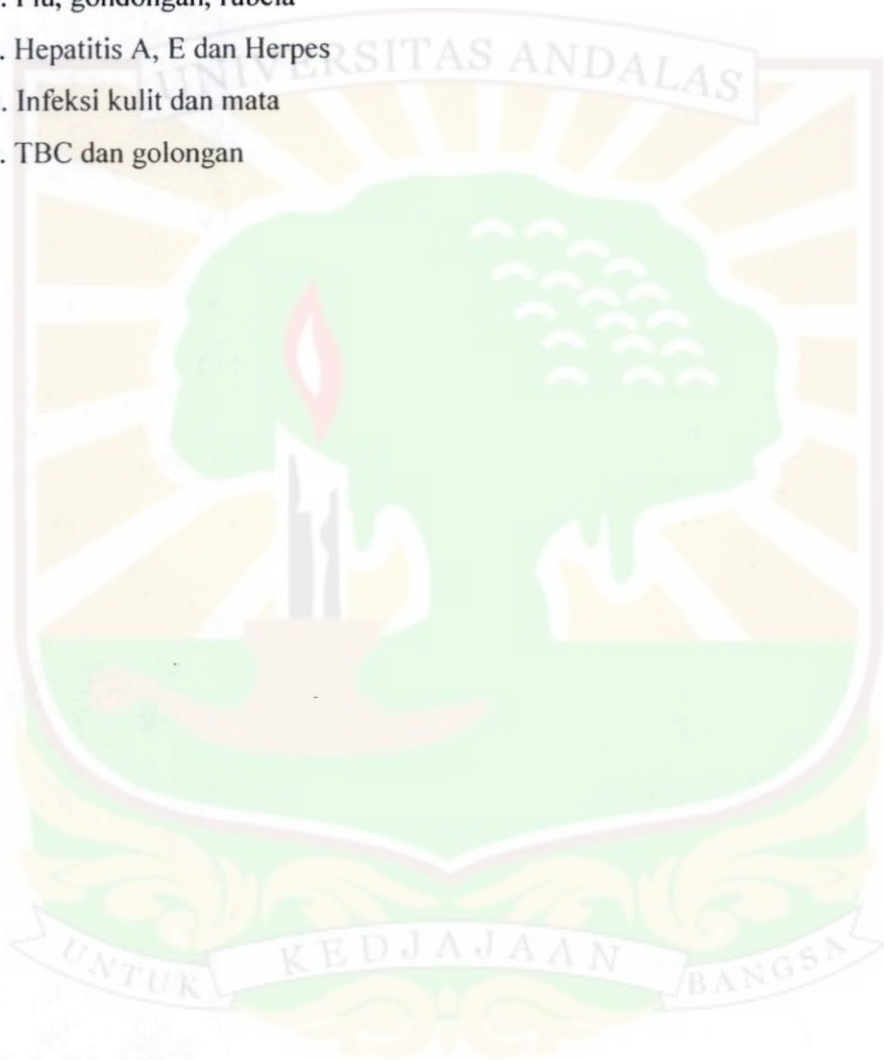
- 1. Kebersihan tangan
- 2. Sarung tangan
- 3. Praktek menyuntik aman
- 4. Hygiene respirasi /batuk

28. Yang termasuk dalam kewaspadaan transmisi adalah :

- 1. Kewaspadaan kontak
- 2. Kewaspadaan droplet
- 3. Kewaspadaan aribone
- 4. Kewaspadaan dari transmisi di atas

29. Kewaspadaan transmisi droplet yang perlu diperhatikan ketika menempatkan pasien :

1. Di kamar tersendiri/kohorting/beri jarak antar pasien ≥ 1 m
 2. Pengelolaan udara khusus tidak diperlukan, pintu boleh terbuka
 3. Batas transportasi pasien, pasang masker pada pasien saat transportasi
 4. Di kamar tersendiri/kohorting/beri antar pasien ≤ 1 m
30. Dibawah ini penularan penyakit yang melalui udara adalah:
- a. Tuberkolosis, cacar, air, campak
 - b. Flu, gondongan, rubela
 - c. Hepatitis A, E dan Herpes
 - d. Infeksi kulit dan mata
 - e. TBC dan golongan



KUESIONER C PRETEST/POSTTEST

Kode Responden

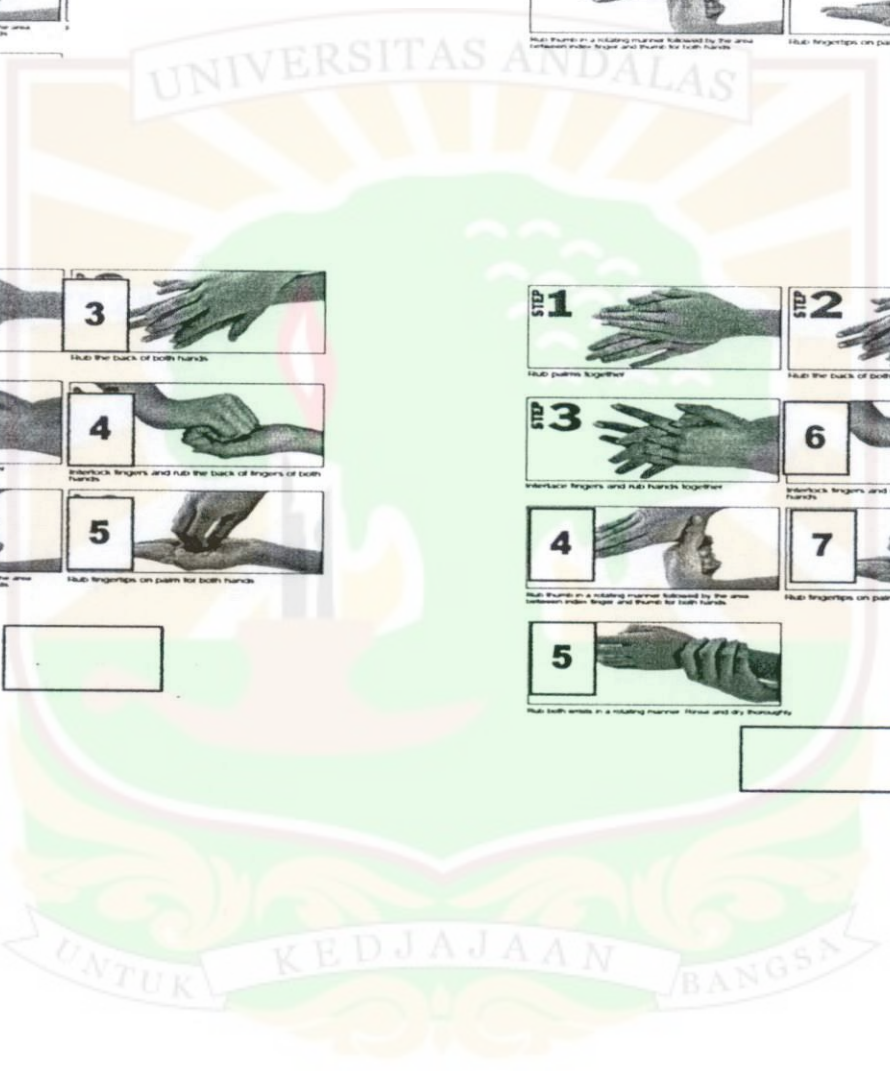
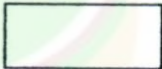
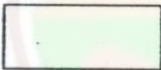
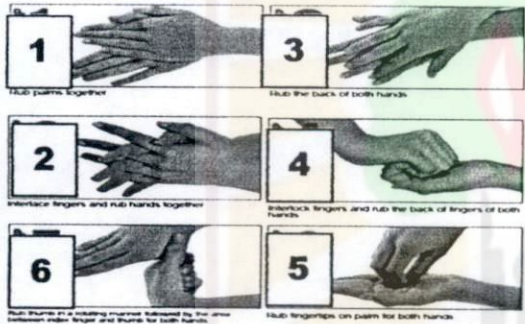
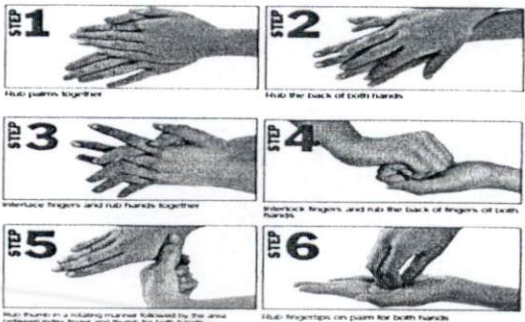
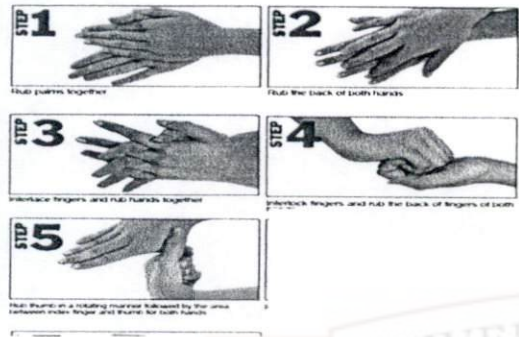
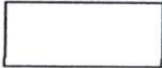
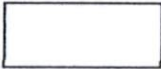
Diisi oleh peneliti

Petunjuk pengisian

1. Pilihlah jawaban yang Saudara telah dilakukan selama ini diruangan dengan memberi tanda √ pada kotak yang tersedia.
2. Untuk soal gambar multiple choise mempunyai bobot nilai setiap item yang dipilih maka jawablah dengan jujur.
3. Peneliti akan memberikan bobot nilai setiap jawaban berdasarkan tingkat kebenarannya.

- 1 = telah mengetahui kurang 56%
 - 2 = telah mengetahui sampai 56%
 - 3 = telah mengetahui sampai dengan 76%
 - 4 = telah mengetahui 100%
-

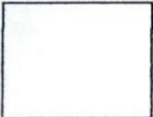
1. Prosedur kerja langkah cuci tangan yang diterapkan di ruangan anda



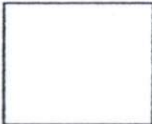
2. Box safety/container tempat pembuangan limbah tajam yang diterapkan di ruangan anda



3. Prosedur pemrosesan alat medis bekas pakai yang diterapkan di ruangan anda



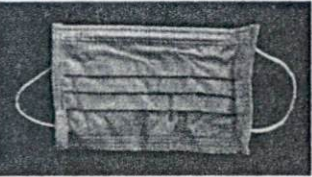







Alur Pemrosesan Alat Medis Bekas Pakai



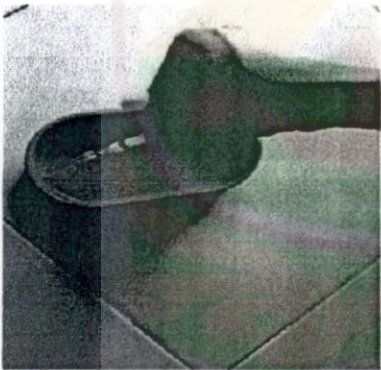


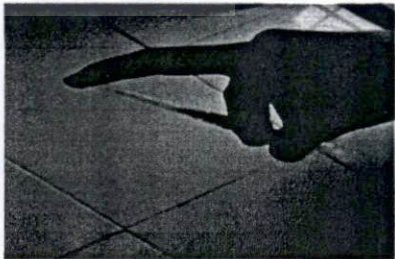
Alur Pemrosesan Alat Medis Bekas Pakai



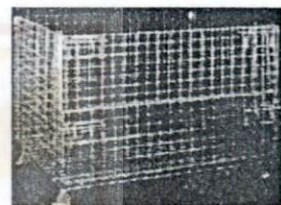
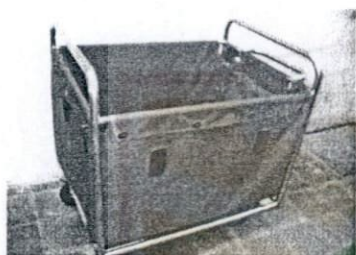
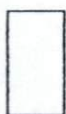
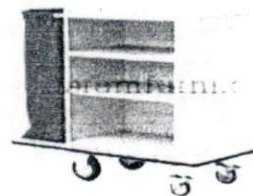
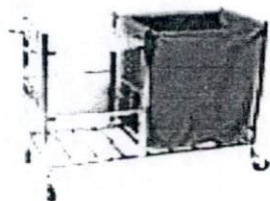
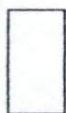
4. Standar alat yang dipakai ketika menangani pasien penularannya melalui kontak

<div data-bbox="338 214 468 275" style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 28px; margin-bottom: 10px;"></div> <div data-bbox="65 299 381 473"></div>	+	<div data-bbox="416 299 674 473"></div>		<div data-bbox="1016 214 1146 275" style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 28px; margin-bottom: 10px;"></div> <div data-bbox="803 299 1061 473"></div>	+	<div data-bbox="1085 314 1288 445"></div>
<hr/>						
<div data-bbox="315 618 445 679" style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 28px; margin-bottom: 10px;"></div> <div data-bbox="79 722 361 867"></div>	+	<div data-bbox="409 716 666 891"></div>		<div data-bbox="1016 618 1146 679" style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 28px; margin-bottom: 10px;"></div> <div data-bbox="771 716 1086 891"></div>	+	<div data-bbox="1119 744 1322 873"></div>

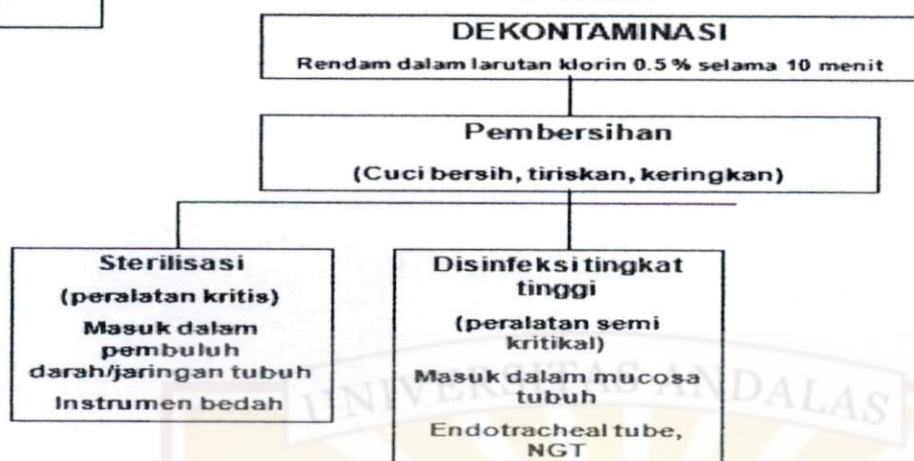
5. Teknik menutup spuit setelah digunakan

<div data-bbox="79 1218 139 1345" style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 58px; margin-bottom: 10px;"></div> <div data-bbox="162 1135 544 1502"></div>		<div data-bbox="861 1251 921 1378" style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 58px; margin-bottom: 10px;"></div> <div data-bbox="953 1150 1325 1498"></div>
<div data-bbox="79 1644 139 1771" style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 58px; margin-bottom: 10px;"></div> <div data-bbox="167 1613 554 1852"></div>		<div data-bbox="849 1666 909 1793" style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 58px; margin-bottom: 10px;"></div> <div data-bbox="929 1605 1325 1862"></div>

6. Trolley linen yang digunakan untuk linen mengangkut linen kotor.....



Alur Pemrosesan Alat Medis Bekas Pakai



Alur Pemrosesan Alat Medis Bekas Pakai



MODUL
PELATIHAN PENCEGAHAN PENGENDALIAN
INFEKSI

MANAJEMEN PENCEGAHAN PENGENDALIAN
INFEKSI DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN

Disusun oleh :

1. Pembimbing I dan II
2. Wawan wahyudi

Disampaikan pada Pelatihan Pencegahan
Pengendalian Infeksi di RSI Ibnu Sina
Padang 2013

DAFTAR ISI

BAB I: PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Pelatihan.....	1
BAB II : TAHAP-TAHAP PELATIHAN.....	4
A. Penilaian Kebutuhan.....	4
B. Pengembangan Pelatihan.....	5
C. Evaluasi Program.....	7
D. Diagram Alur Proses Pelatihan.....	8
BAB III: STRUKTUR PROGRAM PELATIHAN.....	9
A. Materi Pelatihan.....	9
B. Alokasi Waktu.....	9
C. Strategi Pembelajaran.....	10
D. Jadwal Kegiatan Pelatihan.....	10
E. Garis-Garis Besar Pembelajaran Dalam Pelatihan.....	11
BAB IV : MATERI PELATIHAN.....	12
BAB V EVALUASI.....	13

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tuntutan terhadap rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang sudah ditentukan (Depkes, 2007).

Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan yang saat ini makin berkembang seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dilain pihak rumah sakit dihadapi tantangan yang makin besar dan dituntut agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, akuntabel dan transparan kepada masyarakat, khususnya bagi jaminan keselamatan pasien.

Selama ini penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi di RS dan pelayanan kesehatan lain masih jauh dari harapan. Untuk itu, perlu sosialisasi untuk mendapatkan komitmen dari Direktur rumah sakit sampai tingkat *low manager dan staf*. Sehingga pencapaian yang diraih secara optimal dan terpadu untuk melindungi tenaga kesehatan, pasien dan pengunjung.

Tindakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Kewaspadaan Standar). merupakan salah satu tindakan dalam melakukan pekerjaan pelayanan keperawatan yang perlu dipahami oleh perawat. Pemahaman yang baik tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Kewaspadaan Standar) diharapkan dapat

mengendalikan infeksi. Perawat dapat menerapkan tindakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Kewaspadaan Standar) pada pasien, bila mereka tersebut memahami pekerjaan yang akan dilakukan.

Salah satu cara untuk meningkatkan PPI (kewaspadaan Standar) adalah dengan pemberian pelatihan. Pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi dapat diberikan diantaranya adalah pelatihan kewaspadaan standar yang merupakan *group* pencegahan pengendalian infeksi itu sendiri. Peningkatan pengetahuan perawat terhadap pencegahan pengendalian infeksi (kewaspadaan standar) diharapkan meningkatkan motivasi perawat untuk menerapkannya pada pasien, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan yang tergambar dari terbebasnya pasien dari infeksi.

Pelatihan merupakan kegiatan yang dapat dilakukan untuk mengidentifikasi secara akurat pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memahami dan mengaplikasikan pencegahan pengendalian infeksi pada pasien. Pelatihan merupakan metoda terorganisasi yang memastikan bahwa perawat mempunyai pengetahuan dan keterampilan untuk tujuan khusus dan bahwa perawat mendapatkan pengetahuan yang dibutuhkan untuk melakukan tugas kerja (Marquis & Houston, 2010).

B. Tujuan Pelatihan

Adapun tujuan yang ingin dicapai pada kegiatan pelatihan ini meliputi:

1. Tujuan umum:

Setelah mengikuti pelatihan diharapkan perawat dapat mengetahui pencegahan pengendalian infeksi pada pasien di ruangan rawat inap rumah sakit RSI Ibnu Sina Padang.

2. Tujuan khusus:

Meningkatkan pengetahuan perawat tentang pencegahan pengendalian infeksi.



BAB II

TAHAP-TAHAP PELATIHAN

A. Penilaian Kebutuhan

Pada tahap ini peneliti melakukan analisis kebutuhan berdasarkan fenomena yang ada di RSI Ibnu Sina Padang, yang didukung oleh beberapa hasil penelitian yang sejalan, sehingga peneliti mengambil kesimpulan bahwa perlu diadakan pelatihan pencegahan pengendalian infeksi di RSI Ibnu Sina Padang. Analisis yang dilakukan sebagai berikut:

1. Analisis oprasional, yaitu dengan melakukan wawancara dengan kepala seksi keperawatan yang menyatakan bahwa masih kurangnya pelatihan tentang pencegahan pengendalian infeksi pada perawat. Saat ini rumah sakit sangat membutuhkan pelatihan-pelatihan yang terkait dengan pelayanan keperawatan. Rumah sakit dalam persiapan akreditasi versi 2012 dimana salah satu penilaiannya mengenai pencegahan pengendalian infeksi di rumah sakit.
2. Analisis individual, yaitu : Hasil wawancara peneliti yang dilakukan pada Februari 2013 dengan salah satu kepala ruangan tentang kegiatan *medical check up*, program imunisasi karyawan. Bahwa selama ini belum pernah dilakukan *medical check up* rutin kepada staf begitu juga pemberian vaksin kepada petugas sama sekali belum pernah dilakukan. Kepala ruangan juga mengakui bahwa selama ini jika petugas mengalami gejala demam atau gangguan pernafasan belum pernah dievaluasi untuk memastikan agen penyebabnya, yang dilakukan hanya sebatas anjuran agar segera berobat, tindakan dipindahtugaskan sementara

bagi petugas yang sakit dari kontak dengan pasien langsung juga belum pernah dilakukan.

B. Pengembangan Pelatihan

Pada tahap ini peneliti menyusun rencana pelatihan agar pelatihan dapat berjalan dengan baik dan mencapai tujuan yang diharapkan. Adapun rencana yang disusun sebagai berikut:

1. Pengertian pelatihan keperawatan spiritual

Pelatihan pencegahan pengendalian infeksi adalah suatu kegiatan tentang penerapan pencegahan pengendalian infeksi pada pasien oleh perawat yang diselenggarakan oleh bidang keperawatan bekerjasama dengan mahasiswa pascasarjana Fakultas Keperawatan UNAND

2. Tujuan pelatihan

a. Tujuan umum

Setelah mengikuti pelatihan pencegahan pengendalian infeksi diharapkan peserta mampu melaksanakan pencegahan pengendalian infeksi pada pasien sesuai dengan standar dan prosedur pelaksanaan yang telah disusun.

b. Tujuan khusus

Peserta diharapkan mampu:

Menjelaskan konsep dasar pencegahan pengendalian infeksi meliputi: pengertian, tahapan kewaspadaan, konsep-konsep yang berhubungan dengan infeksi, ,

masalah-masalah infeksi, kebutuhan alat perlindungan diri dan perencanaan ruangan.

3. Manfaat pelatihan

Pelatihan pencegahan pengendalian infeksi ini diharapkan dapat bermanfaat bagi:

- a. RSI Ibnu Sina Padang, yaitu meningkatkan produktivitas layanan keperawatan sehingga mampu meningkatkan kepuasan pasien akan layanan keperawatan yang pada akhirnya diharapkan mampu meningkatkan mutu RSI Ibnu Sina Padang.
- b. Perawat, yaitu meningkatkan profesionalitas, menambah kompetensi keperawatan, serta meningkatkan layanan *safety* keperawatan dalam merawat pasien.

4. Filosofi pelatihan

- a. Prinsip Andragogy, yaitu selama pelatihan peserta berhak untuk dihargai dan didengarkan pengalamannya mengenai kegiatan pencegahan pengendalian infeksi.
- b. Orientasi pada peserta, dimana peserta mendapatkan satu paket bahan ajar mengenai pencegahan pengendalian infeksi. Peserta juga difasilitasi dengan metode pembelajaran serta melakukan umpan balik, melakukan evaluasi dan dievaluasi.
- c. Berbasis kompetensi, memungkinkan peserta untuk mengembangkan keterampilan dalam melaksanakan pencegahan pengendalian infeksi sesuai dengan kompetensi yang diharapkan.

d. *Learning by Doing*, memungkinkan peserta untuk berkesempatan mempelajari pencegahan pengendalian infeksi dengan menggunakan metode pembelajaran antara lain ceramah, diskusi dan *role playing*. Evaluasi dilakukan selama proses pembelajaran berlangsung dengan melakukan pengamatan dan perbaikan atau pengulangan pada hal-hal yang dianggap perlu.

5. Peserta pelatihan

Peserta pelatihan adalah kepala ruangan, katim, perawat pelaksana dari ruangan rawat inap.

6. Waktu, Tempat dan Strategi Pelatihan

Waktu pelatihan dilaksanakan pada 23-24 Mei 2013 bertempat di Ruang pertemuan RSI Ibnu Sina Padang dengan strategi yaitu ceramah, diskusi dan demonstrasi.

7. Narasumber

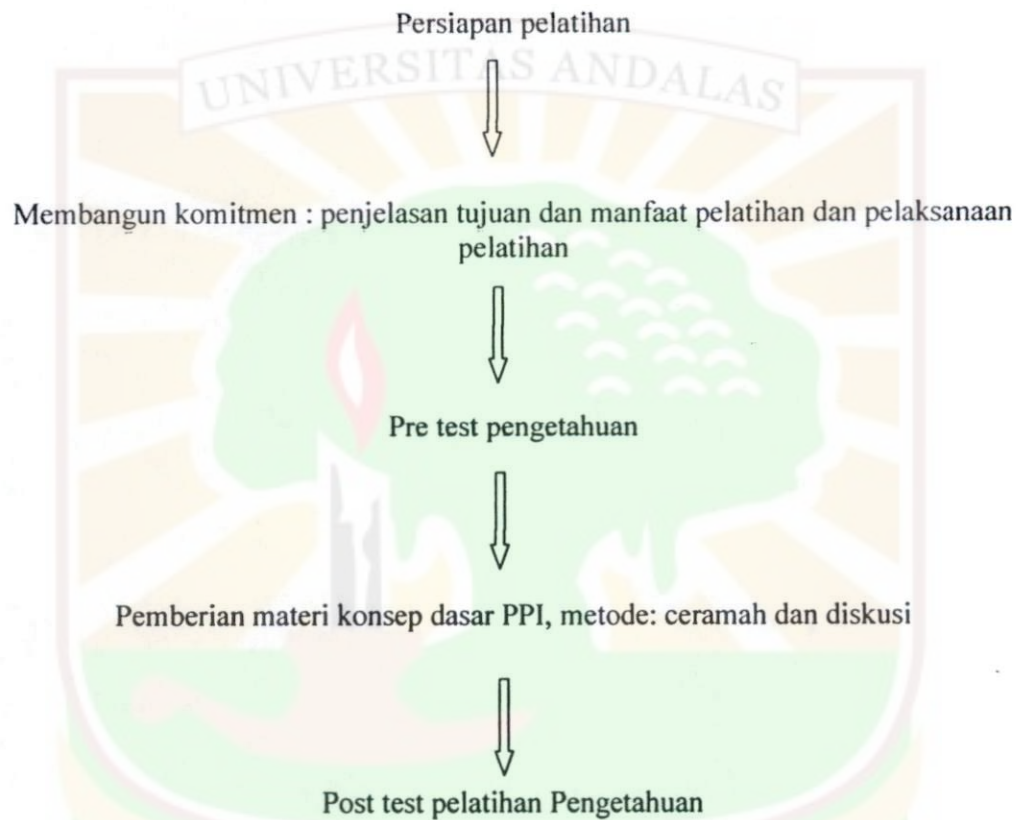
Narasumber dalam penelitian pencegahan pengendalian infeksi adalah peneliti dan tim PPI.

C. Evaluasi Program

Pada tahap evaluasi ini ditujukan untuk menilai efektifitas penyelenggaraan pelatihan. Penilaian dilakukan dengan menggunakan beberapa indikator, yaitu: indikator reaksi, diukur dengan melihat respon perawat pada saat pelatihan, kehadiran; Indikator belajar, diukur dengan melihat keseriusan dan keaktifan perawat yang ditunjukkan dengan keinginan untuk bertanya,

kemampuan dalam menjawab pertanyaan, dan berpartisipasi dalam kegiatan demonstrasi; indikator hasil, diukur dengan cara membandingkan pengetahuan perawat sebelum (*pretest*) dengan sesudah (*posttest*) pelatihan pencegahan pengendalian infeksi.

D. Diagram Alur Proses Pelatihan



BAB III

STRUKTUR PROGRAM PELATIHAN

A. Materi Pelatihan

Materi atau bahan pelatihan merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan kegiatan pelatihan. Materi harus disesuaikan dengan tujuan pelatihan agar kegiatan pelatihan dapat bermanfaat sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Materi yang akan diberikan dalam proses pelatihan ini terdiri dari dua komponen yaitu materi dasar dan materi inti.

Materi dasar dalam kegiatan pelatihan ini adalah materi yang harus dikuasai oleh peserta, meliputi konsep dasar tentang pencegahan pengendalian infeksi. Konsep dasar PPI merupakan komponen yang akan berkontribusi pada tingkat pengetahuan perawat dan akan dilanjutkan dengan pemberian materi inti yang meliputi teknik demonstrasi pencegahan pengendalian infeksi. Materi inti lebih menekankan pada aspek psikomotor perawat.

B. Alokasi waktu

Alokasi waktu merupakan waktu yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan pelatihan. Alokasi waktu meliputi waktu untuk kegiatan pembelajaran tatap muka (*active learning*).

No	Materi Pembelajaran	Kegiatan Peserta	Alokasi Waktu	Metode
1.	Rantai penularan penyakit infeksi	Mendengarkan dan berdiskusi	10 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab

2.	Kewaspadaan Isolasi (isolation precautions)	Mendengarkan dan berdiskusi	10 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab
3.	Kewaspadaan standard (1) Dan Kewaspadaan Standard (2)	Mendengarkan dan berdiskusi serta ikut mendemonstrasikan	90 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab, serta memperagakan
4.	Kewaspadaan berdasar transmisi dan surveilens	Mendengarkan dan berdiskusi	30 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab, serta memperagakan

C. Strategi Pembelajaran

Strategi pembelajaran bertujuan untuk mencapai tujuan belajar dengan menggunakan metode mengajar yang sesuai dengan kebutuhan. Adapun metode mengajar yang digunakan:

1. Ceramah, digunakan untuk menyampaikan konsep dasar PPI.
2. Diskusi, untuk menggali potensi perawat.
3. Demonstrasi, untuk mengaplikasikan penerapan pemakaian APD, penempatan pasien, penggunaan benda tajam, cuci tangan dan pelaporan mengenai surveilens.

D. Jadwal Kegiatan Pelatihan

No	Materi Pembelajaran	Kegiatan Peserta	Alokasi Waktu	Metode
1.	Rantai penularan penyakit infeksi	Mendengarkan dan berdiskusi	10 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab

2.	Kewaspadaan Isolasi (isolation precautions)	Mendengarkan dan berdiskusi	10 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab
3.	Kewaspadaan standard (1) Dan Kewaspadaan Standard (2)	Mendengarkan dan berdiskusi serta ikut mendemonstrasi kan	90 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab, serta memperagakan
4.	Kewaspadaan berdasar transmisi dan surveilens	Mendengarkan dan berdiskusi	30 menit	Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab, serta memperagakan



E. Garis-garis besar program pembelajaran dalam pelatihan

Judul Materi	Waktu	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Sub Pokok Bahasan	Metode	Media	Alat Bantu
Konsep dasar PPI	90 mnt	Mampu memahami tentang konsep dasar PPI	<p>Mampu menjelaskan tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian PPI (definisi, tahap Kewaspadaan standar, konsep-konsep yang berhubungan dengan infeksi) 2. Kewaspadaan Transmisi (definisi, masalah-masalah pencegahan transmisi, surveilans) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian PPI (definisi, tahap Kewaspadaan standar, konsep-konsep yang berhubungan dengan infeksi) 2. Kewaspadaan Transmisi (definisi, masalah-masalah pencegahan transmisi, surveilans) 	Ceramah, diskusi	Modul Pelatihan	<ol style="list-style-type: none"> 1. LCD 2. Notebook 3. ATK
Demonstrasi PPI	30 mnt	Mampu menerapkan PPI pada pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teknik pemakaian APD. 2. <i>Recapping Sput</i> 3. Pelaporan kejadian infeksi, cuci tangan dan penempatan pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teknik pemakaian APD. 2. <i>Recapping Sput</i> 3. Pelaporan kejadian infeksi, cuci tangan dan penempatan pasien 	<i>Demonstrasi</i>	SOP	<ol style="list-style-type: none"> 1. SOP. 2. Jenis APD

BAB IV

MATERI PELATIHAN

Materi Sesi I

Pokok Bahasan : Konsep Dasar PPI

Sub Pokok Bahasan : 1. Pengertian PPI

2. Tahap perkembangan kewaspadaan standar

3. Konsep-konsep yang berhubungan dengan kewaspadaan transmisi dan surveilens

Materi Sesi II

Pokok Bahasan: Teknik Kewaspadaan Standar

1. Penggunaan APD


2. Teknik cuci tangan WHO

3. *Recapping spuit*

4. Penempatan pasien

5. Pelaporan surveilens



The logo of Universitas Andalas is a shield-shaped emblem. At the top, a banner reads "UNIVERSITAS ANDALAS". The central part of the shield features a green tree with a red flame-like shape on its left side. Below the tree is a green field with a yellow sun-like shape. At the bottom, a banner reads "UNTUK KEDJAJAAN BANGSA".

Pencegahan Pengendalian Infeksi

Disampaikan pada pelatihan PPI
terhadap perawat RSI Ibnu Sina Padang

Oleh:
Wawan Wahyudi

I. Konsep Dasar Pencegahan Pengendalian Infeksi

a. Rantai Penularan Penyakit Infeksi:



RANTAI PENULARAN PENYAKIT INFEKSI



2-3

b. Kewaspadaan Isolasi (isolation precautions)

Kombinasi :

1) Standard Precautions /Kewaspadaan Standar gabungan dari :

- Universal Precautions/Kewaspadaan Universal
- Body Substance Isolation/Isolasi duh tubuh

berlaku untuk semua pasien , kemungkinan /terbukti infeksi ,setiap waktu di semua pelayanan kesehatan.

2) Transmission-based precautions/ Kewaspadaan berbasis transmisi.

c. Kewaspadaan standard (1)

Grup praktek pencegahan infeksi :

- 1) Kebersihan tangan
- 2) Sarung tangan
- 3) Masker, *goggle*, *face shield*
- 4) Gaun
- 5) Peralatan perawatan pasien
- 6) Kontrol lingkungan
- 7) Penatalaksanaan Linen
- 8) Kesehatan karyawan
- 9) Penempatan pasien
- 10) Hygiene respirasi/Etika batuk
- 11) Praktek menyuntik aman
- 12) Praktek pencegahan infeksi unt prosedur lumbal pungsi

d. Kewaspadaan Standard (2)

- 1) Diberlakukan terhadap setiap pasien, tidak tergantung terinfeksi /kolonisasi
- 2) Disusun untuk cegah kontaminasi silang sebelum diagnosis diketahui
- 3) Beberapa merupakan praktek rutin.

Healthcare Associated Infections (HAIs)

- 1) Infeksi nosokomial diganti(HAI) ke (*HAIs*)
- 2) Infeksi yang didapat atau terjadi di RS/ pelayanan kesehatan setelah >48 jam hari rawat
- 3) 5 -10% pasien dirawat di RS
- 4) 32 % dapat dicegah

5) Sekitar 5-10% dipengaruhi lingkungan dan 90-95% dipengaruhi perilaku

e. Kewaspadaan berdasar transmisi dan surveilens

Kewaspadaan berdasar transmisi :

- 1) Diterapkan pada pasien dengan gejala/dicurigai terinfeksi atau kolonisasi kuman penyebab infeksi menular
- 2) Tujuan : memutus rantai penularan
- 3) 3 (tiga) kewaspadaan
 - a) kewaspadaan kontak
 - b) kewaspadaan *droplet*
 - c) kewaspadaan *airborne*
- 4) Dapat terjadi 3 kombinasi transmisi diatas

f. *Surveilens*

Surveilens infeksi nosokomial adalah suatu proses yang dinamis, sistematis, terus menerus, dalam pengumpulan, identifikasi, analisis dan interpretasi dari data kesehatan yang penting pada suatu populasi spesifik untuk digunakan dalam perencanaan, penerapan dan evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan yang didesiminasikan secara berkala kepada pihak-pihak yang memerlukan. (Graham AJ, 2001)

Adapun tujuan dari surveilens infeksi nosokomial adalah sebagai berikut:

- 1) Memperoleh data dasar infeksi nosokomial di suatu rumah sakit
- 2) Untuk kewaspadaan dini dalam mengidentifikasi kejadian luar biasa
- 3) Menilai standard mutu asuhan keperawatan dan pelayanan medis
- 4) Sebagai sarana mengidentifikasi terjadinya malpraktek
- 5) Menilai keberhasilan suatu program pengendalian infeksi nosokomial

- 6) Meyakinkan para klinisi tentang adanya masalah yang memerlukan penanggulangan
- 7) Sebagai suatu tolak ukur akreditasi

g. Menghitung dan menganalisa data infeksi

Data dicatat pada formulir yang sudah dibuat, kemudian diorganisasikan sesuai pola yang mengandung arti. Data surveilens dicatat secara sistematis di formulir. Sebaiknya di entry di data base computer. Jika data dimasukkan dalam data base computer maka dengan mudah dapat dilakukan plot jumlah atau rate infeksi setiap saat untuk mengidentifikasi trend yang ada.

Numerator dihitung angka kejadian infeksi, sedangkan denominator dihitung populasi yang beresiko. Menghitung dan menganalisa data pakai metode *statistical*.

Data harus dianalisa dengan cepat dan tepat, untuk mendapatkan informasi apakah ada masalah infeksi nosokomial, yang memerlukan penanggulangan atau investigasi lebih lanjut. Interpretasi yang dibuat harus menunjukkan informasi tentang penyimpangan yang terjadi. Bandingkan angka infeksi nosokomial apakah ada penyimpangan, dimana terjadi kenaikan atau penurunan yang cukup tajam. Perhatikan dan bandingkan kecenderungan menurut jenis infeksi, ruang perawatan dan patogen penyebab bila ada.. Perlu dijelaskan sebab-sebab peningkatan atau penurunan angka infeksi nosokomial, jika ada data yang mendukung relevan dengan masalah yang dimaksud.

Populasi yang beresiko *Surgical Site Infection* (SSI) atau Infeksi Luka Operasi (ILO) adalah semua pasien yang dilakukan operasi. Populasi *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) adalah semua pasien yang memakai ventilator. Populasi *Urinary Tractus Infection* (UTI) atau Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah semua pasien yang memakai kateter urine. Untuk menghitung surveilens yang dipakai adalah insiden rate. Insiden Rate infeksi luka operasi adalah jumlah

pasien infeksi luka operasi dibagi jumlah total kasus operasi dikali 100 % . Sedangkan Rate VAP adalah jumlah VAP dibagi total jumlah hari pemakaian alat ventilator dikali 1000.





TUJUAN SESI:

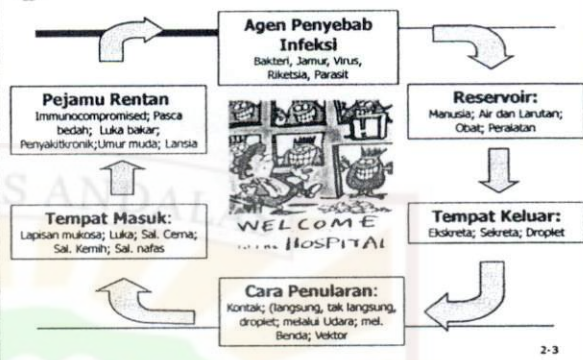
Pada akhir sesi peserta akan dapat:

- ☐ Memahami mencegah penularan infeksi
- ☐ Memahami pelaksanaan kewaspadaan standar berdasarkan transmisi dan isolasi saat memberikan pelayanan kesehatan
- ☐ Memahami cara pencegahan penularan dari pasien ke pasien, terhadap diri sendiri dan kepada pengunjung RS

2-2



RANTAI PENULARAN PENYAKIT INFEKSI



2-3



- ☐ Mikroba penyebab HAI dapat ditransmisikan oleh pasien terinfeksi /kolonisasi kpd pasien lain & petugas
- ☐ Bila KI diterapkan dg benar dapat menurunkan risiko transmisi dari pasien dg infeksi/kolonisasi
- ☐ Tujuan KI adalah menurunkan transmisi mikroba infeksius diantara petugas & pasien
- ☐ Terapkan KI sesuai gejala klinis, sementara menunggu hasil laboratorium keluar



KEWASPADAAN ISOLASI (*isolation precautions*)

kombinasi

- ☐ **Standard Precautions / Kewaspadaan Standar**
gabungan dari
Universal Precautions / Kewaspadaan Universal
Body Substance Isolation / Isolasi duh tubuh
berlaku untuk semua pasien, kemungkinan /terbukti infeksi, setiap waktu di semua yankes
- ☐ **Transmission-based precautions / Kewaspadaan berbasis transmisi**
dipakai bila rute transmisi tidak dapat diputus sempurna hanya dengan *Standard precautions*

2-5

SEJARAH KEWASPADAAN ISOLASI		
1970	Teknik isolasi untuk penggunaan di RS, edisi 1.	Memperkenalkan 7 kategori kewaspadaan isolasi dengan kartu berwarna: Strict, Respiratory, Protective, Enteric, Wound and Skin, Discharge, and Blood
1983	CDC Pedoman Kewaspadaan Isolasi RS	Membagi menjadi 2 golongan sistem Isolasi; kategori spesifik dan penyakit spesifik
1985	Universal Precautions (UP)	Berkembang dari epidemi HIV/AIDS Ditujukan aplikasi kewaspadaan terhadap Darah dan Cairan Tubuh pada pasien pengidap infeksi Tidak diterapkan terhadap feses, ingus, sputum, keringat, air mata, urin, muntahan
1987	Body Substance Isolation (BSI)	Menghindari kontak terhadap semua cairan tubuh dan yang potensial infeksius kecuali keringat
1996	Pedoman Kewaspadaan Isolasi dalam Rumah Sakit	Dibuat oleh the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), CDC Henggabungkan materi inti dari UP and BSI dalam Kewaspadaan Standard untuk diterapkan terhadap semua pasien pada setiap waktu
2007	Pedoman Kewaspadaan Isolasi/Pencegahan Transmisi penyebab infeksi pd Sarana Kesehatan.	Dibuat oleh HICPAC, CDC, tambahan HAIs Hygiene respirasi/Etika batuk, Praktek menyuntik yang aman Pencegahan infeksi unt prosedur Lumbal pungsi

Kewaspadaan standard (1)	
Grup praktek pencegahan infeksi	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan 2. Sarung tangan 3. Masker, <i>goggle</i>, <i>face shield</i> 4. Gaun 5. Peralatan perawatan pasien 6. Kontrol lingkungan 7. Penatalaksanaan Linen 8. Kesehatan karyawan 9. Penempatan pasien 10. Hygiene respirasi/Etika batuk 11. Praktek menyuntik aman 12. Praktek pencegahan infeksi unt prosedur lumbal -pungsi 	
2-7	

Kewaspadaan Standard (2)	
<input type="checkbox"/> Diberlakukan terhadap setiap pasien, tidak tergantung terinfeksi /kolonisasi	
<input type="checkbox"/> Disusun untuk cegah kontaminasi silang sebelum diagnosis diketahui	
<input type="checkbox"/> Beberapa merupakan praktek rutin.	

Healthcare Associated Infections (HAIs)	
<input type="checkbox"/> Infeksi nosokomial diganti	
<input type="checkbox"/> Infeksi yang didapat atau terjadi di RS/ pelayanan kesehatan setelah >48 jam hari rawat	
<input type="checkbox"/> 5 -10% pasien dirawat di RS	
<input type="checkbox"/> 32 % dapat dicegah	
<input type="checkbox"/> Sekitar 5-10% dipengaruhi lingkungan dan 90-95% dipengaruhi perilaku	
?	



Kewaspadaan berdasar transmisi

- ☐ Diterapkan pada pasien dg gejala/dicurigai terinfeksi atau kolonisasi kuman penyebab infeksi menular
- ☐ Tujuan : memutus rantai penularan

2-10



Kewaspadaan berdasar transmisi

- ☐ 3 kewaspadaan
 - kewaspadaan kontak
 - kewaspadaan *droplet*
 - kewaspadaan *airborne*
- ☐ Dapat terjadi kombinasi transmisi

2-11



Cara Transmisi

- ☐ Kontak:
 - Kontak langsung:
 - ☐ pasien = petugas atau pasien = pasien
 - Kontak tidak langsung:
 - ☐ Pasien/petugas – benda tercemar-petugas/pasien

2-12



Transmisi droplet

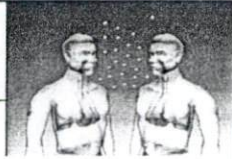
- ☐ Droplet:
 - Percikan $>5\mu\text{m}$ melayang di udara jatuh mengenai mukosa mata, hidung atau mulut yang ada pada jarak $< 1\text{m}$
- ☐ Orang terinfeksi patogen saluran nafas→batuk, bersin dan berbicara (large droplet)



•Udara/Airborne

Partikel kecil < 5 μ m mengandung mikroba melayang/menatap di udara beberapa jam, ditransfer sebagai aerosol melalui aliran udara dalam ruangan /jarak lebih jauh dari 2 m (TBC, cacar air/varicella)

Menyebarkan lewat batuk, bersin, berbicara, intubasi, suction, bronkoskopi



Kewaspadaan transmisi Kontak

Penempatan pasien :

- Kamar tersendiri atau kohorting
- Penelitian tidak terbukti kamar tersendiri mencegah HAIs
- Kohorting (management MDRO)
- APD

Sarung tangan;gaun

Lepaskan gaun sebelum meninggalkan ruangan

- ☐ Kontrol lingkungan: cleaning & disinfeksi permukaan terkontaminasi

- Batasi kontak saat transportasi pasien

2-15



Kewaspadaan transmisi droplet

Penempatan pasien..

- di kamar tersendiri/kohorting /beri jarak antar pasien ≥ 1 m
- Pengelolaan udara khusus tidak diperlukan, pintu boleh terbuka
- Batasi transportasi pasien, pasang masker pada pasien saat transportasi

2-16



Kewaspadaan transmisi udara/airborne

Penempatan pasien :

- ☐ Di ruangan dengan tekanan negatif
- ☐ Pertukaran udara ≥ 12 x/jam, aliran udara yang terkontrol
- ☐ Jangan gunakan AC sentral, bila mungkin AC + filter HEPA
- ☐ Pintu harus selalu tertutup rapat.
- ☐ kohorting

2-17



Kewaspadaan transmisi udara/*airborne*

- ☐ Seharusnya kamar terpisah, terbukti cegah transmisi, atau kohorting dg jarak > 1 m
- ☐ Pasien harus pakai masker saat keluar ruangan
- ☐ Perawatan tekanan negatif sulit, tidak membuktikan lebih efektif mencegah penyebaran
- ☐ Ventilasi dg *airlock* → *ventilated anteroom* (*varicella*) → lebih mahal
- ☐ Terpisah dengan jendela terbuka (TBC), tak ada orang lalu-lalang
- ☐ APD : masker (bedah/prosedur) saat petugas bekerja < 1m dari pasien, pakai respirator (N95) gaun, goggles, sarung tangan bila melakukan tindakan yang mungkin menimbulkan aerosol



3 tipe ventilasi lingkungan

1. Ventilasi mekanik, dg ekshaus fan mendorong udara keluar gedung, dapat dikombinasi dg AC + sistem filter
2. Ventilasi natural, dorongan alami aliran udara keluar → angin, 'Chimney effect' perbedaan tekanan udara diluar dan didalam ruangan, murah, lebih efektif
3. Ventilasi campuran, kombinasi 1&2



Disain ruangan

- ☐ Dibangun untuk memfasilitasi kewaspadaan standar.
- ☐ Alkohol handrub disediakan ditempat yg mudah diraih.
- ☐ 1 wastafel tiap 6 TT pasien, 1 wastafel tiap TT di R. High Care
- ☐ Jarak ideal antar tempat tidur 2,5 m
- ☐ Bila jarak diturunkan menjadi 1,9m maka peningkatan transfer MRSA 3,15 kali → sering dihubungkan dengan penempatan pasien yang padat.



kohorting

- ☐ Menempatkan pasien terinfeksi atau kolonisasi dengan patogen yang sama di ruang yang sama
- ☐ Pasien lain tanpa patogen yang sama dilarang masuk




Kewaspadaan Standar

- Kebersihan Tangan →
Komponen mayor Kewaspadaan Standar
indikator kualitas Patient Safety
- Tangan :
media transmisi patogen tersering di RS




Indikasi Kebersihan tangan

1. Sebelum & sesudah kontak dg pasien
2. Segera setelah melepas sarung tangan
3. Setelah berisiko kontak dg cairan tubuh, kulit tidak utuh, benda terkontaminasi
4. Sebelum menangani alat invasive non bedah (CVP, Kateter urin, infus)
5. Setelah kontak dg lingkungan —pasien—



Alternatif Cuci Tangan





Bila tangan tidak tampak kotor

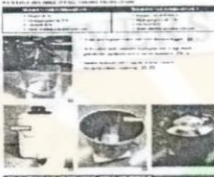
100 ml alkohol 70% +1-2 ml gliserin 10%


ResepWHO

Etanol 96%	833.3 ml
Hydrogen peroksida 3%	41.7 ml
Gliserol 98%	14.5 ml
Isopropil alkohol 99.8%	751.5 ml
Hidrogen peroksida 3%	41.7 ml
Gliserol 98%	14.5 ml

Tambahkan formula dg air distilasi/rebusan/dingin s mencapai 1000ml,campur sp homogen









2. Sarung tangan


- ☐ Bersih,tidak steril
darah,cairan tubuh, sekresi,
ekskresi, benda terkontaminasi
- ☐ Steril
mukosa membran,
kulit tidak utuh
- ☐ Pilih ukuran sesuai dg tangan
- ☐ Pasang sp menutup pergelangan
gaun



Penelitian ,dihubungkan
dengan transmisal MRSA,
Bakteri gram negatif


Mencuci sarung tangan
Tidak dapat menyebarkan
mikroorganisme

2-27




3. Masker, goggle, pelindung wajah

Melindungi
mukosa membran mata, hidung,mulut dari
kemungkinan percikan / semprotan darah/cairan
tubuh selama prosedur tindakan/perawatan
pasien



2-28




4. Gaun/apron

Bersih,non steril
melindungi kulit,
cegah baju terkontaminasi

Steril
mencegah kontaminasi dari
petugas → pasien,
pasien → petugas

Penutup kaki → lindungi dr tumpahan /percikan
bahan infeksius



2-29



Melepas gaun



- Cegah bila mungkin gaun terkontaminasi, mengkontaminasi benda lain & lingkungan
- Lepaslah bagian yang paling terkontaminasi terlebih dahulu
- Lepas dengan menggulung kedalam (bersama sarung tangan) dengan aman



5.Peralatan perawatan pasien

- Kriteria Spaulding
 - Non kritikal
 - Semikritikal
 - Kritikal
- Dekontaminasi
 - disinfeksi
 - cleaning
 - DTT/Sterilisasi



Alur Proses CSSD



Dekontaminasi alat





6. Pengendalian lingkungan

Disinfektan untuk pembersihan harus standard

1. Pembersihan permukaan horizontal ruang rawat pasien: lantai tanpa karpet, permukaan datar lain, meja pasien harus dibersihkan secara teratur dan bila tampak kotor/kena kotoran /cairan tubuh
2. Pembersihan dinding,tirai,jendela bila tampak kotor/kena kotoran
3. Fogging dengan disinfektan seharusnya tidak dikerjakan



Prinsip pengendalian lingkungan

- ☐ Virus dan bakteri dapat bertahan dilingkungan beberapa jam-hari
→dikurangi dg pembersihan
→diinaktivasi dg disinfektan (**Na hipoklorit, alkohol, komponen phenol, komponen quarternary ammonium, komponen peroksigen**)
- ☐ Mengurangi jumlah patogen di permukaan yang terkontaminasi
- ☐ Disinfeksi:
mematikan mikroba tidak termasuk spora



Pengendalian lingkungan

- ☐ Tempat tidur tersentuh Pasien,teratur dan setelah pasien pulang
- ☐ Cegah aerosolisasi dg lap basah,mop
- ☐ Bersihkan dan keringkan lap & mop harus dilaundry,setelah dipakai, sebelum disimpan,agar siap dipakai lagi
- ☐ Bebaskan area sekeliling pasien dari benda yang tidak perlu



disinfektan

- ☐ Etil alkohol→70%→isopropil alkohol
- ☐ Kuat,spektrum luas sbg germicida
- ☐ Untuk permukaan sempit(karet vial, termometer)
- ☐ Permukaan luar alat (stetoskop, ventilator)



Na hipoklorit sebagai disinfektan

- ☐ Na hipoklorit → 0,5% atau 500 ppm → kuat, efektif, murah
- ☐ Mematikan bakteri, fungi, virus
- ☐ Waktu kontak 10-60 menit
dg lap permukaan tidak berpori → ≥ 10 menit
dipelupkan → 30 menit
- ☐ Disinfeksi permukaan
- ☐ Mengiritasi mukosa membran, kulit, sal nafas, rusak karena panas & sinar
- ☐ Pengenceran yang tepat agar efektif fungsinya
- ☐ Ventilasi hrs adekuat & konsisten
- ☐ Korosif bagi logam, merusak permukaan yang ber cat



Na hipoklorit

- ☐ Kena mata → bilas air 15 menit
- ☐ Jangan dicampur detergen → tidak efektif, bereaksi kimia
- ☐ Bila dicampur detergen yg asam → gas toksik
- ☐ Diencerkan selalu baru, krn rusak dengan waktu, dilabel, dengan air dingin, tak perlu stock berlebih, buang setelah 24 jam
- ☐ Simpan di area dingin, terlindung sinar matahari (dark container) → hindari gas yg toksik



7. Penanganan Linen

- Cegah terpaparnya mukosa membran dan kontaminasi mikroba terhadap pasien lain serta lingkungan → pakai APD
- Hindari sortir linen di area rawat pasien
- Buang materi padat (faeces) dr linen terkontaminasi ke toilet dan letakkan linen dalam kantong linen
- Transportasi dengan troley bersih dan kotor terpisah &



Penanganan linen

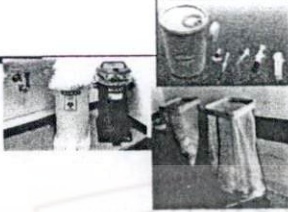
- ☐ Cuci sesuai SOP
- ☐ Pilih chemical yang sesuai untuk laundry temperatur rendah $< 70^{\circ}\text{C}$
- ☐ Air panas 70°C selama min 25 menit



Penanganan limbah

Warna kantong

Kuning:sampah Infeksius
Hitam:non infeksius/ domestik
Merah:Radioaktif
Ungu :Cytotoksik



Wadah
Tahan bocor dan tusukan
Ada pegangan
Ada tutup
Dibuang setelah terisi 2/3
bagian

2-42



Penanganan benda tajam

Jangan recapping jarum bekas pakai (kategori IB),
Dilarang mematahkan jarum, melepaskan,
membengkokkan jarum bekas pakai.



Gunakan cara yang aman
bila memberikan benda
tajam



2-43



8.Kesehatan petugas

- ☐ Vaksinasi
- ☐ MCU teratur terutama petugas yg menangani kasus dengan penularan melalui airborne
- ☐ Penanganan paska pajanan yang memadai (ada alur pajanan, sebelum 4 jam sudah ditentukan penata laksanaan) →petugas yang dihubungi? Pem Lab,laporan ke?
- ☐ Petugas sakit ,berapa lama diliburkan? Batasi kontak langsung dengan pasien

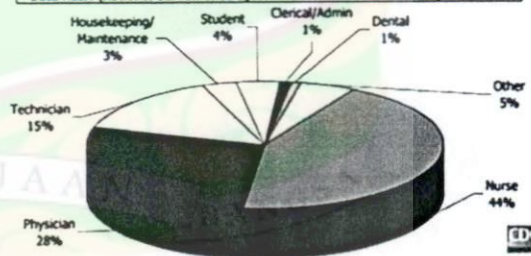


DATA YANG BERISIKO TERKENA KECELAKAAN BENDA TAJAM DI RS

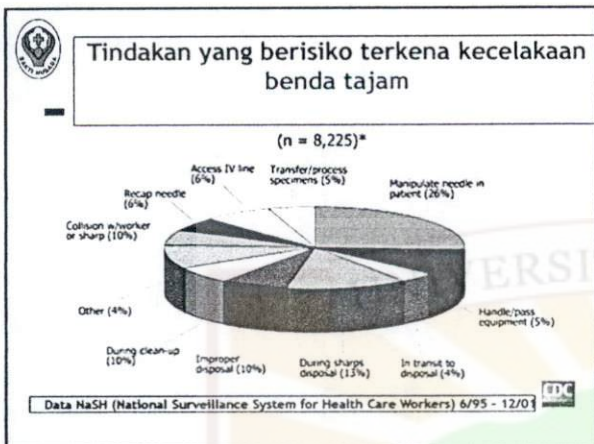
NaSH 6/95 to 12/01

(n=16,922)

Data NaSH (National Surveillance System for Health Care Workers) 6/95 - 12/01



EDC



- 9. Penempatan pasien**
- ☐ Pasien infeksius di ruang terpisah
 - ☐ Kohorting bila tidak memungkinkan
 - ☐ bila ke2nya tidak memungkinkan → konsultasi dg petugas PPIRS → diatur sesuai cara transmisi penyebab infeksi

- 10. Higiene sal nafas/Etika batuk**
- ☐ Komponen baru (2007)
 - ☐ Target:
 - pasien, keluarga, teman pasien dg infeksi sal nafas yg dapat di transmisikan
 - 1. edukasi pasien, keluarga, pengunjung
 - 2. beri gambar dg bahasa mudah difahami
 - 3. menutup mulut/hidung dg tisu saat batuk, pakai masker
 - 4. cuci tangan setelah kontak dg sekresi sal nafas
 - 5. beri jarak > 1m bg pasien infeksi sal nafas di R tunggu bila perlu pakaikan masker

- 10. Higiene sal nafas/Etika batuk**
- ☐ Efektif menurunkan transmisi patogen droplet melalui saluran nafas (*influenza*, *adenovirus*, *B pertusis*, *Mycoplasma pneumoniae*)
 - ☐ Petugas dg infeksi sal nafas menjauhi kontak langsung dg pasien dan mengenakan masker



11. Praktek menyuntik yang aman

Cegah KLB akibat

- ☐ Pemakaian ulang jarum steril untuk peralatan suntik IV beberapa pasien
- ☐ Jarum pakai ulang obat/cairan multidose



12. Pencegahan infeksi prosedur LP

- ☐ **Masker** harus dipakai klinisi saat melakukan lumbal pungsi, anaestesi spinal /epidural/pasang kateter vena sentral
- ☐ Mencegah bakterial meningitis
- ☐ Cegah **droplet flora orofaring**

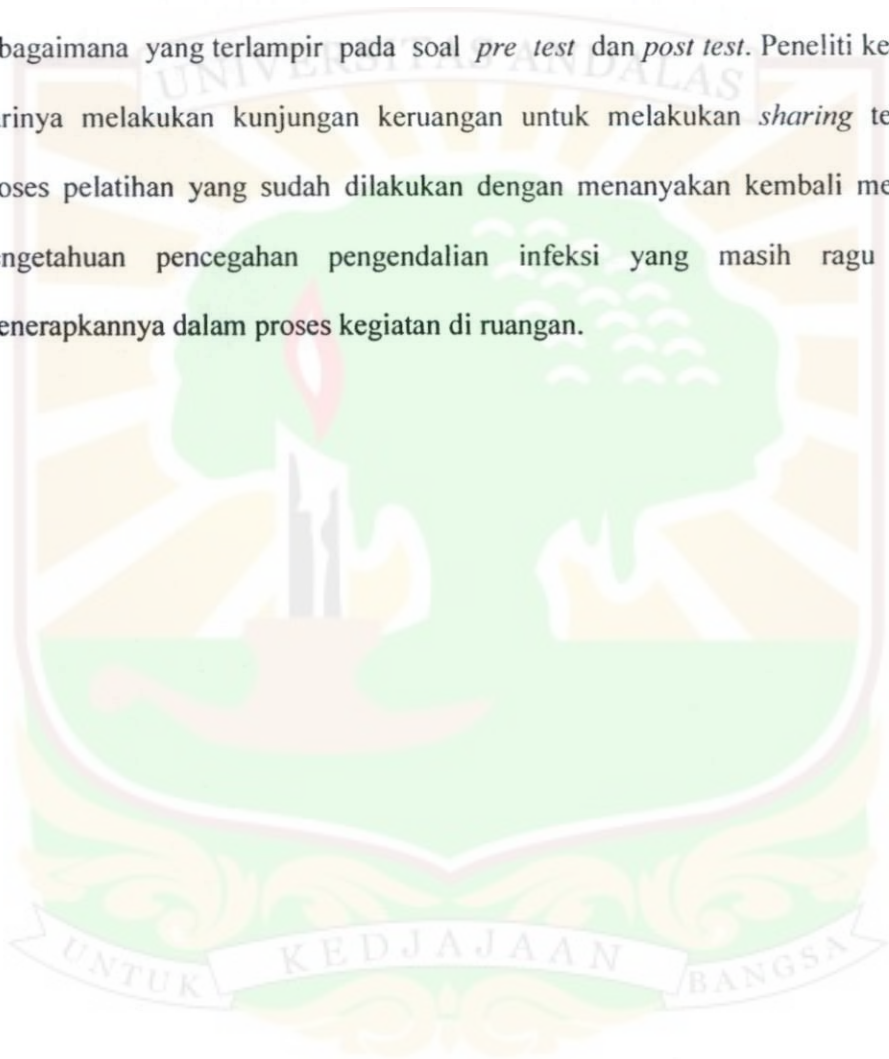


BAB V

EVALUASI PELATIHAN

A. Evaluasi

Evaluasi terhadap hasil pembelajaran dilakukan dengan memberikan pertanyaan tes terhadap pokok bahasan dengan jumlah pertanyaan sebagaimana yang terlampir pada soal *pre test* dan *post test*. Peneliti keesokan harinya melakukan kunjungan keruangan untuk melakukan *sharing* terhadap proses pelatihan yang sudah dilakukan dengan menanyakan kembali mengenai pengetahuan pencegahan pengendalian infeksi yang masih ragu untuk menerapkannya dalam proses kegiatan di ruangan.





RUMAH SAKIT ISLAM "IBNU SINA"

YARSI SUMATERA BARAT

**Jl. Gajah Mada Telp. 7054318 - 444712 Fax. 443115
PADANG**

SURAT KETERANGAN

Nomor : 1809/A.4/IS-PD/VI-2013

Assalamu'alaikum wr.wb.

Direktur Rumah Sakit Islam "Ibnu Sina" Padang – Yarsi Sumbar dengan ini menerangkan :

Nama : Wawan Wahyudi

No.BP : 1121224014

Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang

Bahwa yang tersebut namanya diatas telah melaksanakan Penelitian / Pengambilan Data di RSI "Ibnu Sina" Padang – Yarsi Sumbar.

Demikianlah Surat Keterangan ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wasssalam,

Padang, 29 Juni 2013



Dr. Erhungsih, MARS

cc.file.diklat.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Wawan wahyudi
Tempat dan Tanggal lahir : Bengkulu Utara (Dusun Baru), 20-7-1977
Alamat : Perumahan Griya Permata Blok i/2 Padang
Asal institusi : Jl. Perintis kemerdekaan

Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 40 Bengkulu, lulus tahun 1990
2. SMP Negeri 14 Bengkulu, lulus tahun 1993
3. SMA Negeri 4 Bengkulu, lulus tahun 1996
4. AKPER Depkes Bengkulu, lulus tahun 1999
5. PSIK FK UNAND Padang, lulus tahun 2003

Riwayat Pekerjaan

1. PT Jamsostek Bengkulu, tahun 1999-2000
2. STIKes Ceria Buana, tahun 2003-2004
3. RSUP Dr. M Djamil padang, tahun 2004-sekarang

